

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN
MARCOS**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

UNIDAD DE POSGRADO

**“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y RIESGO
SUICIDA EN ESTUDIANTES QUE ACUDEN A
CLÍNICA UNIVERSITARIA EN LA CIUDAD DE
HUANCAYO”**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología

AUTOR

Julia Esther Rios Pinto

Lima – Perú

2014

DEDICATORIA

A Dios que es mi fuente de energía espiritual y sosiego.

A mi familia en especial a mis padres: Francisco Rios Roda y Juana Pinto Medrano, a quienes siempre los tengo presente en cada peldaño académico alcanzado; a ambos: LOS AMO.

A mis hermanos Alcides, Rosa, Gladys, Walter, Luis y Pepe; en especial a Marliny que si estuviera físicamente conmigo estaría feliz por lo alcanzado; y mis sobrinos Miguel, Susan, Ale y Lali que hoy empiezan la ardua tarea académica y que humildemente me ven como modelo.

A Daniel, por tu amor, paciencia y por estar en los momentos importantes para mí.

AGRADECIMIENTO

Estoy muy agradecida, a la Mg. Rosa Elena Huerta por asesoría y apoyo incondicional que me ha prestado, tanto académica como personalmente, haciendo posible que este trabajo llegue a su culminación.

Agradezco también al Mg. Daniel Felen Ex - Coordinador de la Clínica Universitaria de la UPLA, quien me permitió recabar información con los estudiantes que acudieron a la evaluación psicológica.

Al Dr. Marcelino Riveros y Mg. Gloria Díaz, por sus observaciones y sugerencias en la mejora de la presente investigación.

A mis ex - internas y hoy futuras colegas Srta. Patricia, Susan, Lía y Edith, por su ayuda en la corrección de las pruebas aplicadas de mi muestra.

A Daniel, por sus aportes siempre puntuales. A quien amo y admiro, eres mi soporte y tranquilidad.

A Karina, por contagiarme alegría y palabras de aliento para no desfallecer en la culminación de esta compleja tarea.

A Marisol, que siempre me brinda su apoyo incondicionalmente y sincero.

A Leda, por transmitirme sosiego y motivación en el desarrollo de esta labor.

Asimismo, agradezco a mis amigas y amigos, compañeras y compañeros del Servicio de Psicología y Psiquiatría del Hospital “Domingo Olavegoya”- Jauja, en especial al Dr. Carlos Huaranga S. por sus consejos e indicaciones.

A la Escuela Académico Profesional de Psicología de la UPLA, Ps. Maribel Ruiz, Ps. Patricia Palomino y Sra. Normita. Mil Gracias.

RESUMEN

En la actualidad a nivel internacional y nacional, el suicidio es un problema relevante, debido a su alta prevalencia y aumento progresivo, constituyéndose como un problema de salud pública; siendo, la familia el soporte y factor protector para el desenlace o no de este trastorno. El objetivo de este estudio fue comprobar si existe relación entre el funcionamiento familiar y riesgo suicida en los estudiantes ingresantes del periodo 2012-I de la Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina, quienes acuden a clínica universitaria en la ciudad de Huancayo. Esta investigación es tipo descriptivo-correlacional, con una muestra de 216 sujetos considerando sexo y edad entre los 16 y 24 años. Se aplicó ficha de datos y dos instrumentos: faces III y escala de tendencia suicida. Se encontró: el tipo de cohesión que predomina es desligada (42.12%), el tipo de adaptabilidad que prevalece es la Caótica (52.31%), funcionamiento familiar de Rango Medio (52.78%), el tipo de diagnóstico imperante corresponde a No Riesgo Suicida (63.88%), siendo en ella y en los de Tendencia y Riesgo Suicida tipo de familia Rango Medio. Por último, en relación o asociación entre el tipo de funcionamiento familiar con el riesgo suicida, alcanza un valor de χ^2 igual a 9.488, no significativo ($p = 1.784$), se rechaza la Hipótesis General; concluyendo que no existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida en estudiantes ingresantes que acuden a la clínica universitaria de la “Universidad Peruana Los Andes”.

Palabras Claves: estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina, funcionamiento familiar, cohesión, adaptabilidad, riesgo suicida, no riesgo suicida, tendencia al riesgo suicida.

ABSTRACT

Nowadays in an international and national level, suicide is a relevant problem, due to its high prevalence and the progressive increase though, constituting it as public health problem; being, the family the support and protective factor for the outcome or not of this disorder. The objective of this study was to test if exist relation between the familiar functionality and suicide risk in the entering students of 2012-I period of the faculty of health sciences and medicine, whose assist at the clinic of the University in Huancayo city. This research is a descriptive-correlation type, with a sample of 216 subjects considering sex and age between the 16 and 24 years. Data cards were used and 2 instruments: III fascies and a tendency suicide scale. It was founded: type of cohesion that predominates unconnected (42.12%), type of adaptability that prevalence chaotic (52.31%), familiar work of medium range (52.78%), the type of the prevailing diagnostic part to not suicide risk (63.88%) was in this and in the tendencies and suicide risk types of familiar medium range. Finally the association between the familiar functionality type with suicide risk, get an χ^2 value equal to 9.488, not significant ($p= 1.784$), being refusing the general hypothesis; it concluded that there is no significant relationship between the familiar functioning and suicide risk in entering students that attending in the clinic of the “Universidad Peruana Los Andes”.

Keywords: students of Health Sciences and Medicine Faculty, familiar function, cohesion, adaptability, suicide risk, not suicide risk, suicide risk tendency.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	15
CAPÍTULO I.....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.2. JUSTIFICACIÓN	21
1.3. OBJETIVOS.....	22
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	22
1.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	22
CAPÍTULO II.....	24
MARCO TEÓRICO	24
2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	24
2.1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO EN EL ÁMBITO NACIONAL	24
2.1.2. ANTECEDENTES DE ESTUDIO EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL	30
2.2. BASES TEÓRICAS DEL ESTUDIO	36
2.2.1. LA FAMILIA: DEFINICIÓN DE FAMILIA	36
2.2.1.1. <i>Tipos de familia en la actualidad</i>	38
2.2.1.2. <i>Se puede dividir a las familias según su punto de vista de composición:</i>	39
2.2.1.3. <i>Características de la familia peruana</i>	42
2.2.1.4. <i>Funciones básicas de la familia</i>	43

2.2.1.5.	<i>Funcionamiento familiar: el modelo circumplejo de David Olson</i>	44
2.2.2.	SUICIDIO	56
2.2.2.1.	<i>Conceptos asociados con el suicidio</i>	56
2.2.2.2.	<i>Hechos sobre el suicidio</i>	62
2.2.2.3.	<i>Suicidio en adolescentes y jóvenes</i>	64
2.2.2.4.	<i>Características del suicidio</i>	65
2.2.2.5.	<i>Riesgo suicida</i>	68
2.2.2.6.	<i>Datos epidemiológicos internacionales</i>	72
2.2.2.7.	<i>Datos epidemiológicos nacionales</i>	72
2.2.3.	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	74
2.2.3.1.	<i>Adolescencia</i>	74
2.2.3.2.	<i>Adulthood emergente (juventud)</i>	78
2.3.	HIPÓTESIS	80
2.3.1.	HIPÓTESIS GENERAL:	80
2.3.2.	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:	81
2.4.	DEFINICIONES CONCEPTUALES	82
2.4.1.	SUICIDIO.....	82
2.4.2.	RIESGO SUICIDA.....	82
2.4.3.	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	83
2.4.4.	COHESIÓN FAMILIAR.....	83
2.4.5.	ADAPTABILIDAD FAMILIAR.....	83
CAPÍTULO III		84
METODOLOGÍA		84
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO	84
3.1.1.	TIPO DE ESTUDIO	84
3.1.2.	TIPO DE DISEÑO	84
3.2.	VARIABLES DE ESTUDIO	85

3.2.1.	IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	85
3.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA	86
3.3.1.	MUESTRA	87
3.3.2.	TIPO DE MUESTREO	87
3.4.	INSTRUMENTOS Y MATERIALES.....	96
3.4.1.	PRUEBA DE FACES III.....	96
3.4.2.	ESCALA DE TENDENCIAS SUICIDAS DE POLDINGER	105
3.5.	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS	111
3.6.	PROCEDIMIENTOS EN LA INVESTIGACIÓN	111
CAPÍTULO IV.....		113
RESULTADOS		113
4.1.	PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	113
4.1.1.	EN RELACIÓN A LA MUESTRA:	113
CAPÍTULO V.....		141
DISCUSIÓN DE RESULTADOS		141
5.1. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y RIESGO SUICIDA		141
CONCLUSIONES		147
SUGERENCIAS		149
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		151
ANEXO 1.....		157
ANEXO 2.....		163
ANEXO 3.....		165

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.

Composición de la muestra según estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina.....88

Tabla 2.

Composición de muestra según sexo.....90

Tabla 3.

Composición de muestra según edad y etapa de desarrollo evolutivo.....91

Tabla 4.

Composición de muestra según estado civil92

Tabla 5.

Composición de muestra según nivel económico.....93

Tabla 6.

Composición de muestra según con quien viven.....95

Tabla 7.

Resultados estadísticos de confiabilidad de cohesión.....101

Tabla 8.

Resultados estadísticos de confiabilidad de adaptabilidad.....101

Tabla 9.

Validez, ítem por ítem de la prueba de Faces III: Área de Cohesión.....102

Tabla 10.

Validez, ítem por ítem de la prueba de Faces III: Área de Adaptabilidad.....103

Tabla 11.

Puntuaciones diagnósticas para la Prueba de Faces III:105

Tabla 12.

Resultados estadísticos de confiabilidad de la escala de tendencia suicida109

Tabla 13.

Validez, ítem por ítem de la escala de tendencias suicidas de Poldingen110

Tabla 14.

Tipo de cohesión familiar que predomina en los estudiantes114

Tabla 15.

Tipo de adaptabilidad familiar que predomina en los estudiantes115

Tabla 16.

Composición de la muestra en relación al funcionamiento familiar117

Tabla 17.

Composición de la muestra en relación al resultado de la Escala de Tendencia Suicida de Poldingen según diagnóstico119

Tabla 18.

Tipos de familia según diagnóstico de No Riesgo Suicida120

Tabla 19.

Tipos de familia según diagnóstico de Tendencia al riesgo suicida122

Tabla 20.

Tipos de familia según diagnóstico de Riesgo Suicida123

Tabla 21.

Distribución de frecuencias y porcentajes de los diagnósticos125

Tabla 22.

Tabulación cruzada de los diagnósticos de riesgo suicida y edad.....127

Tabla 23.

Grupo de edades según diagnóstico de variable riesgo suicida.....129

Tabla 24.

Tabulación cruzada de los diagnósticos de riesgo suicida130

Tabla 25.

Tabulación cruzada de los diagnósticos de riesgo suicida y nivel económico....132

Tabla 26.

Tabulación cruzada de los diagnósticos de riesgo suicida y tipo de cohesión....133

Tabla 27.

Calculo de la Chi cuadrada de la variable riesgo suicida en la población evaluada según el tipo de cohesión.....135

Tabla 28.

Tabulación cruzada de los diagnósticos de riesgo suicida y el tipo de adaptabilidad familiar.....136

Tabla 29.

Cálculo de la Chi cuadrada de la variable riesgo suicida en la población137

Tabla 30.

Tabulación cruzada de los diagnósticos de riesgo suicida y el tipo de funcionalidad familiar.....138

Tabla 31.

Cálculo de la Chi cuadrada de la variable riesgo suicida en la población.....140

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.

Distribución de la muestra según estudiantes de las diversas escuelas y carreras profesionales89

Gráfico 2.

Distribución de la muestra según sexo90

Gráfico 3.

Distribución de la muestra por edades y etapa de desarrollo evolutivo.....90

Gráfico 4.

Distribución de la muestra según su estado civil.....93

Gráfico 5.

Distribución de la muestra según nivel económico.....94

Gráfico 6.

Distribución de la muestra según con quien viven.....95

Gráfico 7.

Distribución de porcentaje de la muestra según el tipo de cohesión familiar.....114

Gráfico 8.

Distribución de porcentaje de la muestra según el tipo de adaptación familiar.116

Gráfico 9.

Distribución de porcentaje de la muestra según el funcionamiento familiar.....118

Gráfico 10.

Predominancia de la muestra según el diagnóstico de la Escala de tendencia suicida de Poldinger.....119

Gráfico 11.

Tipo de familia predominante según diagnóstico de No Riesgo Suicida.....121

Gráfico 12.

Tipo de familia predominante según diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida.....122

Gráfico 13.

Tipo de familia predominante según diagnóstico de Riesgo Suicida.....124

Gráfico 14.

Porcentaje según diagnóstico de riesgo suicida según sexo126

Gráfico 15.

Porcentaje según diagnóstico de la evaluación de la Escala de tendencia de Riesgo Suicida según etapa de vida.....128

Gráfico 16.

Porcentaje en el diagnóstico de riesgo suicida respecto a la edad.....129

Gráfico 17.

Frecuencia del diagnóstico de riesgo suicida en relación con quien viven.....131

Gráfico 18.

Frecuencia según el diagnóstico de acuerdo a la evaluación de la escala de tendencia suicida de Poldinger considerando nivel económico.....132

Gráfico 19.

Frecuencia del diagnóstico de riesgo suicida y la cohesión familiar134

Gráfico 20.

Frecuencia del diagnóstico de riesgo suicida y la adaptabilidad familiar136

Gráfico 21.

Relación de variables riesgo suicida y el funcionamiento familiar139

INTRODUCCIÓN

El suicidio es el acto por el que la persona se quita voluntariamente la vida, es una forma compleja de conducta que tiene causas biológicas, psicológicas y sociales las cuales contribuyen a la muerte intencional para escapar de circunstancias dolorosas y como un acto de venganza contra otra persona.

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, define al suicidio como “la muerte ocasionada por la lesión autoinflingida informada como intencional”.

El suicidio es un problema de salud pública y es considerado una de las tres primeras causas de muerte entre personas de 15 a 44 años. Durante los últimos 50 años según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tasas de morbilidad a causa del suicidio se han incrementado en un 60%. Para el continente americano se observa una gran variabilidad; las incidencias más altas se encuentran en países como Uruguay, Cuba, Canadá, Estados Unidos y Argentina, los países con menor incidencia son Perú y Bolivia, por ello no podemos desentendernos del problema, y más bien obligarnos a desarrollar programas de intervención y prevención del suicidio dentro de las diferentes esferas sociales, ya que nuestro país mantiene una población mayormente joven con una edad promedio de 28.4 y cerca de 4 millones de adolescentes entre 13 y 19 años (INEI, 2007).

Las estimaciones realizadas indican que el 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras (Muñoz y col, 2006).

Algunas investigaciones sobre riesgo suicida han establecido relaciones con antecedentes familiares de separación familiar, estrés familiar, conflictos entre los padres, ruptura de relación amorosa, comunicación conflictiva, estructura familiar inestable, familias disfuncionales entre otros (Rodríguez, 2005).

La familia y la sociedad se influyen mutuamente, la sociedad aporta un conjunto de premisas socioculturales, condición económica, normas y valores. De esta manera la familia es el núcleo básico de los procesos tanto de mantenimiento como de cambio cultural de los patrones sociales, en ella se concretiza un sistema de creencias y valores que se van transmitiendo de una generación a otra (Valdés, 2007).

Olson (1982) plantea el modelo circumplejo de la comunicación familiar, la cual es considerada una dimensión facilitadora para que las familias se desplacen en las dimensiones de cohesión y de adaptabilidad. Las habilidades de comunicación positiva; como la empatía, la escucha activa o los comentarios de apoyo permiten a las familias compartir mutuamente sus necesidades y preferencias. La comunicación negativa como dobles mensajes, dobles vínculos y críticas, disminuyen la habilidad de una familia para compartir sus sentimientos. En definitiva, este modelo es dinámico en la medida que asume; que puede operarse distintos cambios a través del tiempo. Las familias pueden desplazarse en cualquier dirección; desde, el estadio del ciclo familiar hasta la socialización que sus miembros pueden requerir.

Con frecuencia, los adolescentes y jóvenes se encuentran en situaciones de conflictos con sus padres, y no pueden encontrar en ellos el apoyo necesario. La

familia tiene la tarea de preparar a sus miembros para enfrentar cambios internos y externos y con ello llevar a modificaciones estructurales y funcionales favorables.

La familia desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar (Herrera, 1997).

En el presente trabajo, el objetivo principal es establecer la relación entre funcionamiento familiar y riesgo suicida de los estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I. La investigación tiene la pretensión de asociar y relacionar las variables con el fin de analizar el funcionamiento familiar y riesgo suicida, proporcionando los aspectos teóricos de hallazgos y brindar las recomendaciones para prevenir y promocionar a fin de minimizar dicha problemática en la región.

Estructuralmente la investigación está dividida en cinco Capítulos. En el Capítulo I, el planteamiento del problema, justificación y objetivos. En el Capítulo II, marco teórico, antecedentes de estudio en el ámbito nacional e internacional, fundamentación teórica del estudio, hipótesis y definición de conceptos. En el Capítulo III, metodología, tipo de investigación y diseño, muestra, variables de estudio, instrumentos y análisis estadístico. Capítulo IV, análisis de datos y resultados; y en el Capítulo V, la discusión de los resultados, conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El suicidio es un fenómeno que ha ocupado la atención de filósofos, médicos, sociólogos, psicólogos y educadores, entre otros. Este tipo de conducta se ha observado con gran frecuencia en todas las épocas y sociedades. El suicidio es un problema de salud pública y es considerado una de las tres primeras causas de muerte entre personas de 15 a 44 años. Durante los últimos 50 años según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tasas de morbilidad a causa del suicidio han incrementado en un 60%. Cada año se suicidan más de 1 millón de personas. Cada segundo una persona se quita la vida en algún lugar del mundo. Cada 3 segundos una persona intenta quitarse la vida en forma fallida, por cada persona que se quita la vida hay 20 que falla en el intento, para el año 2020 la OMS estima que el índice de suicidios a nivel global podría crecer, es decir que aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por esta causa alrededor del mundo. Cada suicidio supone la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos. El suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras. Es necesario adoptar con urgencia en todo el mundo medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas. Según la Dra. Catherine Le Galés-Camus,

Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (OMS, 2004).

Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este; y las más bajas en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. Se dispone de poca información sobre el suicidio en los países africanos. Se calcula que se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. Exceptuando las zonas rurales de China, se suicidan más hombres que mujeres, aunque en la mayoría de lugares los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres (OMS, 2004).

En el año 2004 la OMS estableció el suicidio como la 16 causa de muerte en todo el mundo con un total de 0.8 millones de muertes. Para el continente americano se observa una gran variabilidad las incidencias más altas se encuentran en países como Uruguay, Cuba, Canadá, Estados Unidos y Argentina. Los países con menor incidencia son Perú y Bolivia; ello alerta y nos compromete como ciudadanos, como profesionales, como familias, como institución educativa, y Gobierno; a desarrollar programas de intervención y prevención del suicidio dentro de las diferentes esferas sociales, ya que nuestro país mantiene una población joven con una edad promedio de 28.4 y cerca de 4 millones de adolescentes entre 13 y 19 años (INEI, 2007).

La evaluación del paciente con riesgo suicida es una tarea compleja, constituye a su vez un gran reto de cometer un acto suicida a futuro, siendo un acto suicida cualquier acción intencionada con posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida.

Así cuando se les pregunta a los adolescentes y jóvenes cuál fue la situación que detonó su intento suicida, la respuesta más frecuente atañe a los conflictos familiares, que van desde alguna discusión con los padres o entre los mismos padres, dificultades de comunicación, agresión, violencia, desamor o rechazo. La importancia de la detección de factores de riesgo dentro del ámbito familiar tiene un papel de extrema relevancia en la prevención del suicidio y el intento suicida.

Entre los factores de riesgo familiares de intento suicida, Moscicki (1997), menciona la historia familiar de conductas suicidas, los trastornos del estado de ánimo y el abuso de sustancias en la familia, el ambiente familiar disruptivo (separación, divorcio, viudez, conflicto familiar, estrés, problemas legales entre los padres), la ausencia del padre o separación del adolescente de sus padres, el estilo de crianza negativo, la violencia, el abuso físico y sexual. Gonzáles-Seijo, Ramos-Vicente, Lastra-Martínez & De Dios Vega (1996) agregan la estructura familiar, los arreglos respecto a la vida, tipo de relaciones familiares, presencia de desórdenes mentales en los miembros de la familia y la adaptación familiar. Por su parte, Tuszyunska (1992) incluye los tratos familiares, la comprensión familiar, cambios y acontecimientos que vive la familia, la percepción de la crisis familiar y la calidad de vida. Por ello, el sistema familiar y su funcionamiento repercute en el suicidio y el riesgo suicida constituyendo eventos vitales que confluyen continuamente.

Por lo señalado se formuló la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida en estudiantes ingresantes universitarios entre 16-24 años que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes (UPLA) de la ciudad de Huancayo 2012-I?

1.2. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación asume importancia por ser un estudio de variables con alta incidencia; como es el riesgo suicidio y funcionamiento familiar, además porque la provincia de Junín y en especial la ciudad de Huancayo, es una capital donde se reporta el más alto índice de suicidios entre adolescentes y jóvenes, siendo estos datos informales por lo que se quiere sensibilizar a los representantes a fin de que den mayor importancia a estos temas.

Respecto al aspecto teórico de familia y suicidio; se conoce que la edad de riesgo suicida, intentos de suicidio y suicidios están entre los grupos de edades de 16 a 24 años, así como que el factor familiar fuertemente implicado en el riesgo suicida en adolescentes y jóvenes proceden de familias donde existe un deterioro de estabilidad familiar cuyos padres se han separado; factores que condicional la génesis del suicidio, al que suelen sumarse la indiferencia, la hostilidad y la permisividad o el exceso de autoridad. El comportamiento suicida adolescente y joven depende exclusivamente de estos factores familiares no importa lo leve o graves que sean estos.

Al término del trabajo se hará conocer a la comunidad universitaria de la UPLA las conclusiones de la investigación, así como sugerencias y

recomendaciones para reducir el riesgo suicida, mejorar la relación familiar y proponer programas de prevención.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1.OBJETIVO GENERAL

- Establecer la relación entre funcionamiento familiar y riesgo suicida de los estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

1.3.2.OBJETIVO ESPECÍFICO

- Determinar el tipo de cohesión familiar que predomina en los estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.
- Determinar el tipo de adaptabilidad familiar que predomina en los estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.
- Establecer el tipo de familia que predomina en los estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.
- Determinar el riesgo suicida en los estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

- Describir y comparar el tipo de funcionamiento familiar con el riesgo suicida en los estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

2.1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO EN EL ÁMBITO NACIONAL

En el ámbito nacional, las investigaciones previas y más cercanas al tema son las siguientes:

Alegre (1999) investigó con un propósito epidemiológico y en forma retrospectiva sobre *intentos de suicidio atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins en el año 1995*. Resultando que el 34% eran jóvenes entre los 21 y los 30 años; en relación con una probable psicopatología, el 33% recibió un diagnóstico de depresión situacional 28% depresión mayor y 20% esquizofrenia.

Becerra Medina, Lucy & Vite Yenque, Vilma (2003) realizaron un estudio denominado *Caracterización del paciente con Intento Suicida atendido en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Lima Perú*. Cuyo Objetivo fue caracterizar el perfil epidemiológico de los intentadores suicidas atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”). El tipo de estudio fue descriptivo, para ello revisaron las estadísticas de pacientes atendidos en el Servicio de Consulta Externa y Emergencia con diagnóstico de intento suicida, obteniendo un total de 301 Historias Clínicas durante el periodo de junio a diciembre -2003; los datos recogidos consignaron en una ficha previamente validada. Los resultados

encontrados fueron que la edad promedio de los pacientes fue de 18 a 25 años (48.8%), predominando el grupo femenino en relación de 3 a 1 al sexo masculino; solteras con estudios secundarios que afrontaban severos problemas de índole familiar y de pareja (34.4%); el mejor uso en el intento suicida fue la sobredosis de benzodiacepinas (46.3%), con más de un intento previo; el lugar de ocurrencia es el hogar; la madre es la primera persona en solicitar ayuda terapéutica necesaria. El estudio concluye señalando que el perfil del intentador suicida es la mujer adulta con estudios secundarios que tiene serios problemas familiares y de pareja con más de un intento previo, siendo el método más usado la ingesta de benzodiacepinas.

Tueros (2004) en su investigación *Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con el rendimiento académico*, concluye que el nivel de adaptabilidad familiar del grupo de niños con rendimiento académico adecuado, predomina la adaptabilidad caótica. Esta tendencia en la adaptabilidad familiar indicaría que el funcionamiento de estas familias presentaría dificultades en una sola dimensión, las cuales pueden ser originadas por ciertos momentos de estrés situacional o se están dando de manera disfuncional algunos de los conceptos para medir esta dimensión como son: poder en la familia, asertividad, control, disciplina, estilo de negociación, relaciones de roles y reglas en las relaciones.

Muñoz, Pinto, Callata, Napa & Perales (2006) en su estudio *Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima, 2005*, con una muestra seleccionada de manera aleatoria; 1500 estudiantes de 4500 del CEPUSM, divididos en adolescentes (15-19 años) y adultos jóvenes (20-24 años), concluye que existe una prevalencia elevada de ideación suicida en

estudiantes entre 15 y 24 años del CEPUSM y está asociada, sólo en adolescentes, a pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión familiar (cohesión desligada).

Castro, Orbegoso & Rosales (2006) en su estudio de *Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004*, estudio descriptivo, tipo serie de casos para determinar las características de los pacientes con intento de suicidio, atendidos en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica; las historias clínicas se revisaron durante el período de 1995-2004 e incluyeron 380 casos; de 13 pacientes en 1995 se llegó a 41 en el 2004. Presentándose con más frecuencia en mujeres. Siendo las principales causas, problemas familiares y de pareja y los métodos más frecuentes fueron el uso de compuestos órgano fosforado e intoxicaciones medicamentosas.

Mamani (2008) realizó una investigación sobre *Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama*; su muestra estuvo constituida por 299 pacientes con cáncer de mama que fueron intervenidas en cirugía de conservación y aquellas que han sido intervenidas en cirugía radical, las cuales fueron seleccionada en el servicio de oncología, ginecología y mamaria del Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”. Se utilizó la escala de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO) y el cuestionario Faces III de Olson. De la investigación se desprende las siguientes conclusiones: que no existe asociaciones estadísticamente significativas entre la dimensión de cohesión familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer que han sido intervenidas en cirugía de conservación y cirugía radical.

Rivas (2008) realizó una investigación titulada *Tipos de sistema familiar y riesgo suicida en adolescentes*, este estudio busca la relación entre los tipos de sistema familiar y riesgo suicida en adolescentes. Se llevó a cabo en la ciudad de Tacna, en seis colegios; dos particulares, dos parroquiales y dos estatales, con una muestra de 1143 alumnos entre 3er., 4to. y 5to. de secundaria. Aquí se usó los instrumentos Faces III y la escala de riesgo suicida de Plutchick. Los resultados señalan que el tipo de familia que predomina está ubicada dentro del rango medio 46.54%, 37.62 dentro del rango balanceado y 15.84 rango extremo. La mayoría de estudiantes que perciben a su familia dentro del Rango Extremo, son quienes presentan mayores señales de riesgo suicida. El trabajo también evidencia un alto porcentaje de riesgo suicida en las instituciones educativas parroquiales, siendo los varones quienes alcanzan mayor riesgo de cometer suicidio en comparación con las mujeres.

Camacho, León & Silva (2009) realizan un estudio sobre *Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en adolescentes*. Es una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal desarrollada en la I.E. n° 2053 Francisco Bolognesi Cervantes del distrito de Independencia-Lima. La población de estudio fue de 223 adolescentes quienes cumplieron con el criterio de inclusión establecidos, concluye que más de la mitad representa a la familia con un funcionamiento familiar no saludable y con tendencia a la disfuncionalidad, con extrema separación emocional y poco involucramiento entre sus miembros, siendo que los roles de cada miembro no son claros, causando frecuentes cambios en las reglas y las decisiones parentales.

Pacheco (2010) realizó un estudio denominado *Algunos factores de riesgo del intento de suicidio en adolescentes Hospital Guillermo Almenara I. 1996 - 2000 Lima*. Fundamenta que el intento de suicidio se ha incrementado en las últimas décadas y asevera que se trata un problema álgido en la población adolescente y es la urgencia psiquiátrica más frecuente. El objetivo del estudio fue determinar algunos factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes. Material y métodos: En el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara I - EsSalud, durante 4 años (Abril 1996-Mayo 2000). El documento evidencia que se estudió a 92 adolescentes hospitalizados que intentaron el suicidio. El estudio es descriptivo prospectivo y de corte transversal. Resultados: El intento de suicidio es más frecuente en el sexo femenino, en una relación de 6.5 a 1 respecto al sexo masculino. El 85% de intentadores están entre los 15 a 17 años de edad. El 24% han tenido intento de suicidio previo, ideación suicida específica y planificada, y acción suicida elaborada. El método utilizado de forma preferente, como vía de intento de suicidio fue la intoxicación medicamentosa (57%), siendo las benzodiacepinas las más utilizadas (48%); luego los envenenamientos con insecticidas y raticidas (39%). Cerca del 10% de los pacientes tenían persistencia de la ideación suicida y no hacían enjuiciamiento del intento de suicidio realizado. Entre los factores desencadenantes se encuentran problemas familiares (71%), escolares (10%) y sentimentales (10%). Los diagnósticos más frecuentes, según la ICD-10, fueron episodios depresivos (59%), trastornos de adaptación (35%). El trabajo concluye que: El sexo femenino, la adolescencia, los conflictos familiares, el número de intentos previos, la ideación suicida específica y planificada, la acción suicida

elaborada y la enfermedad depresiva, son algunos de los factores de riesgo suicida que contribuyen a delimitar grupos de riesgo, con fines preventivos y terapéuticos.

Leal & Vásquez (2012) realizaron una investigación denominada *Ideación Suicida en Adolescentes Cajamarquino*. En conclusión resulta significativo el porcentaje de adolescentes que manifestaron que algunas vez en sus vidas experimentaron deseos de estar muerto (38.5%). De igual modo, cerca de una quinta parte de los adolescentes manifestaron experimentar el deseo de estar muerto alguna vez en el último mes (21.4%); También se hallaron porcentajes altos respecto a los adolescentes que pensaron que no vale la pena vivir (prevalencia vida = 31.3% y prevalencia mes = 18.1%). De otro lado, se halló que 28.1% de los adolescentes entrevistados pensó en suicidarse alguna vez en sus vidas; mientras que 16.5%, lo pensó durante el último mes. Respecto a las modalidades de ideaciones suicidas, resultaron ser más prevalentes aquellos pensamientos de desesperanza y deseos de muerte así como aquellos concernientes a los beneficios asociados al suicidio, se pudo confirmar que las adolescentes mujeres evaluadas presentan mayores niveles de riesgo suicida en comparación que los varones. Se pudo identificar a nueve adolescentes que viven solos, en ellos se encontró que sus niveles de ideación suicida son marcadamente superiores a los del resto de adolescentes. Las variables psicosociales de funcionamiento familiar, estrés percibido y apoyo social resultaron estar significativamente asociadas al suicidio. Mientras respecto a las de estrategias de afrontamiento, la auto-denigración y pasividad que resultó en mayor medida asociada al suicidio.

2.1.2. ANTECEDENTES DE ESTUDIO EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

En el ámbito internacional, las investigaciones previas y cercanas al tema son las siguientes:

Larraguibel, González, Martínez & Valenzuela (2000) en Santiago de Chile publicaron un artículo denominado *Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescente*. Cuyo objetivo es revisar en la literatura científica, los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en niños y adolescentes y de esta manera contribuir a la mejor delimitación de grupos de riesgo, con fines preventivos y terapéuticos. En Chile, según los datos del departamento de Informática del Ministerio de Salud desde 1986 a 1996; en las tasas de suicidio, se ha observado un aumento gradual en los últimos años, a excepción de los años 1992 y 1993. En general, se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más. Los estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio hay un incremento de 10% dentro de los 10 años siguientes. El género y la edad aparecen como un factor relevante. Los suicidios completados son más comunes entre los hombres; las mujeres tienen otras conductas suicidas. El riesgo suicida aumenta con la edad. La mayoría de niños y adolescentes con conductas suicidas presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar son conductas asociadas a la conducta suicida.

Fergusson, Woodward & Horwood (2000) en Nueva Zelanda realizaron un estudio longitudinal por 21 años con 1,265 niños; señalan que a la edad de 21 años, el 28% reportó ideas suicidas y el 7.5% mencionó haber tenido intento

suicida. Evidenciando que aquellos jóvenes que intentaron suicidarse tuvieron una infancia semejante: crecieron en un ambiente familiar caracterizado por la adversidad económica, conflictos maritales, bajo apego padres-hijos y abuso sexual. Lo mismo, durante la adolescencia mostró altos rasgos de conducta neurótica y una marcada búsqueda de experiencias novedosas.

Herrera & Avilés (2000) se realizó en Cuba, un estudio con 23 casos de pacientes que realizaron *Intento suicida en los años 1995 y 1996*, en el área de salud del policlínico docente "E.B. Neninger" de Alamar. A estos pacientes se les realizó una entrevista dirigida a identificar la presencia de factores de riesgo propios del medio familiar como el funcionamiento familiar, la presencia de eventos vitales, y las crisis para normativas que más se presentaban en sus núcleos familiares de convivencia. Dentro de los resultados alcanzados se observó que en la mayoría de los núcleos familiares el funcionamiento familiar era de regular a malo, se constató la presencia de crisis familiares en la totalidad de las familias estudiadas, con un predominio de las crisis por eventos de desorganización, desmoralización y desmembramiento.

Guibert & Torres (2001) realizaron un estudio analítico retrospectivo de corte transversal del tipo caso control con el objetivo de *Caracterizar el funcionamiento familiar diferencial de los individuos que realizaron intentos suicida en un área de salud de la Habana Vieja*, durante los meses de enero a mayo del 2000. La muestra estuvo conformada por 62 individuos y sus respectivas familias, 31 del grupo estudio e igual cantidad de controles. Se aplicó la entrevista familiar semiestructurada circular, la prueba de funcionamiento familiar FF-SIL y se observaron sus interacciones familiares. Se encontró que el

funcionamiento familiar (FF) en los individuos que realizaron intento suicida es predominantemente disfuncional, que las características diferenciales del funcionamiento familiar en las suicidas fueron la poca adaptabilidad (67.7%), la baja cohesión (70.9%), y la desarmonía (87.1%) y que en las familias de los suicidas predominaron significativamente todos los factores familiares de riesgo esenciales que predisponen al suicidio.

Haseitel, Sáenz, Pérez & Haseitel (2004) en Argentina llevó a cabo un estudio denominado *Suicidio en Corrientes Capital: Predominio en adolescentes y adultos jóvenes*. La investigación establece la incidencia de suicidio donde se obtuvo información (Ministerio de Salud de la provincia de Corrientes y Centro Integral del Adolescente) durante un periodo de cuatro años de un total de 236 pacientes formado por 184 hombres y 52 mujeres con edades menores de 10 años y más de 75 años. Con factores de riesgo: depresión, problemas sentimentales, de salud, económicos, adicción. Se agrupó de acuerdo a edad sexo, método de suicidio de acuerdo a una clasificación Internacional. Se observó un incremento de suicidio en el sexo masculino, mientras que descendió en el sexo femenino, factores de riesgos predominantes: depresión 25%, infundidos por terceros 16%, violencia familiar 12%, problemas sentimentales 11%, la ocupación: estudiantes 18%, empleados 17%, y amas de casa 11%. Las edades en que predominaron fue en adolescentes entre 15 y 19 años (10.16%) y adultos jóvenes entre 20 y 24 años (12.20%) y el sexo que predominó fue en el sexo masculino (78%).

Reyes (2008) realizó una investigación en México considerando *El comportamiento suicida y su relación con el autoconcepto y la depresión en los adolescentes*, concluye que se cumplieron los objetivos propuestos en esta

investigación, ya que encontró alta significatividad entre la ideación e intento suicida y su relación con el autoconcepto y depresión entre los estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato.

Fuentes, González, Castaño, Hurtado, Ocampo, Paéz, Pava & Zuluaga (2009) realizaron un estudio sobre *Riesgo suicida y factores relacionados a estudiantes de 6° a 11° en Colombia*, resultados: el 56.8% hombres, 43.2% mujeres, 10.2% con intento suicida, 12.8% riesgo suicida y 19.9% antecedentes de familiares con intento suicida; solo el 31.6% buena función familiar, disfunción familiar severa 11.4%.

Mojica, Sáenz & Rey-Anaconda (2009) realizaron un estudio sobre *Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano, en una muestra de internos condenados de una cárcel colombiana*. Comparó los internos con riesgo suicida y sin riesgo en cuanto a las medias que mostraron en estas variables. El método utilizado fue el diseño descriptivo comparativo y correlacional, en el que participaron 95 varones (19 y 59 años). Los instrumentos la escala de riesgo suicida de Plutchick, escala de desesperanza de Beck, el inventario de depresión de Beck y una ficha sociodemográfica. Concluye que los reclusos que presentan riesgo suicida tienen mayores grados y niveles moderados y altos de desesperanza y de depresión y existe una correlación positiva entre el riesgo suicida.

Toro, Paniagua, Gonzales y Montoya (2009) realizaron una investigación denominada *Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellin-Colombia, 2006*. El objetivo fue explorar la posible asociación entre el riesgo de suicidio, depresión, consumo de psicoactivos y disfunción

familiar en adolescentes escolarizados. Respecto a la metodología, administró una encuesta de autoaplicación muestra aleatoria de 779 adolescentes para evaluar el riesgo de suicidio, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar; utilizó los instrumentos ISO-30, CDI-LA, CIDI-II y Apgar familiar; para el análisis empleó la técnica del método casos y controles. Los resultados fueron: la prevalencia del riesgo de suicidio se situó entre 23.0% y 26.5%. La depresión y la disfunción familiar se asociaron positivamente con el riesgo de suicidio, con una razón de disparidad de 4.3 y 2.0 respectivamente. Conclusiones: los resultados muestran la magnitud de un problema que deben tener en cuenta las autoridades educativas, la administración municipal y los padres de familia. Es prioritario fortalecer los programas de detección de la depresión adolescente, como también exigir al Estado mejores tratamientos para depresión (no solo limitados al medicamento).

Navia & Solís (2009), realizaron un estudio sobre *Disfunción familiar y factores psicosociales que intervienen en el intento de suicidio en adolescentes del Hospital Obrero Nro. 02 caja nacional de Salud de la Ciudad de Cochabamba-Bolivia*; el resultado fue una mediana de 17 años con prevalencia del sexo femenino y solteros con empleos informales. El método empleado para el intento de suicidio fue ingesta de fármacos benzodiacepinas en su mayoría se encontraba con ingesta de alcohol y/o drogas. Respecto al lugar del hecho, su propia casa, algunos con antecedentes de intento de suicidio y antecedentes familiares de intento suicida. En cuanto a su funcionalidad familiar se identificó disfunción moderada y disfunción severa. En cuanto a la estructura familiar identificada

fueron en su mayoría familias monoparentales y la red social predominante fue escasa o nula. Se encontró asociación con estados de ansiedad y depresión.

De La Espriella (2010) en su estudio *Suicidio en instituciones psiquiátricas, 1998-2007*, tomando siete instituciones psiquiátricas en cinco ciudades de Colombia. Se analizaron 12 casos, siete de hombres y cinco mujeres. Concluye que las medidas de acción frente al riesgo detectado fueron usadas por algunos pacientes para suicidarse; los pacientes sobrepasaron las acciones de control sobre el riesgo. No es posible el control total del riesgo, más aún si se tiene en cuenta la complejidad y las variables que lleva a una persona para suicidarse.

García & Ramírez (2010) realizaron en Venezuela un estudio referido al *Riesgo suicida y cohesión familiar en estudiantes de la carrera de medicina*, esta investigación es de tipo correlacional causal, que se realizó en forma transversal, no experimental. Seleccionaron de manera intencional probabilística 235 estudiantes, 169 del sexo femenino y 66 del sexo masculino, con rango de edades entre 18 y 26 años. Aplicaron dos instrumentos una que evalúa riesgo suicida y la otra cohesión familiar. Encontrándose que el 9.79% de la población estudiada presentó riesgo suicida, de los cuales 7.23% eran del sexo femenino y 2.55% del sexo masculino. El 5.11% de los estudiantes con riesgo suicida presentaron cohesión familiar disgregada, evidenciando relación significativa al nivel $p < 0.05$, además de presentar la razón de verosimilitud de 0.994, lo cual indica interdependencia desde el punto de vista estadístico entre riesgo suicida y cohesión familiar disgregada.

2.2. BASES TEÓRICAS DEL ESTUDIO

2.2.1.LA FAMILIA: DEFINICIÓN DE FAMILIA

Para Engels (Engels, 1986) la familia es un elemento activo que nunca permanece estacionado, sino que se transforma a medida que la sociedad evoluciona de una forma de organización a otra. Sostiene, al igual que Bachofen, que existió un estadio primitivo en el que imperaba al interior de la tribu el comercio sexual promiscuo, de modo que cada mujer pertenecía igualmente a todos los hombres y cada hombre a todas las mujeres.

Según Engels (1986), después del primer periodo de promiscuidad las familias adoptaron las siguientes estructuras:

1. Familia consanguínea. Aquí los grupos conyugales se clasificaban por generaciones. En esta forma de familia, los ascendientes y los descendientes, es decir padres y los hijos son únicos que están excluidos en sí del derecho de formar una relación de pareja.
2. Familia punalúa. El primer progreso en la organización de la familia consistió en excluir a los padres y los hijos de formar una relación de pareja, en esta estructura familiar se da un segundo paso importante cuando se excluye a los hermanos del derecho de tener relaciones sexuales entre ellos.
3. Familia sindiásmica. Aquí un hombre vive con una mujer, pero de tal suerte que la poligamia y la infidelidad ocasional siguen siendo un derecho para los hombres, mientras que en las mujeres el adulterio se castigaba cruelmente. Sin embargo, el vínculo conyugal podía disolverse con facilidad por una u otra parte y los hijos sólo pertenecían a la madre.

4. Familia monogámica. Tiene las características de la familia en los tiempos modernos. Se funda en el dominio del hombre; el fin expreso, es el de procrear hijos en calidad de herederos directos. Aquí, los lazos conyugales son más sólidos, ya que no pueden ser disueltos por el simple deseo de cualquiera de las partes.

Engels (1986) asociaba la familia monogámica con la modernidad y con la posibilidad del surgimiento del amor real en la pareja. Es un crítico de las consecuencias que este tipo de familia había generado, toda vez que esta familia establece sus cimientos en la esclavitud doméstica franca o más o menos disimulada de la mujer. El hombre tiene el poder económico y esto le da al margen de la ley, el poder dentro de la familia (Valdés, 2007: 2-3).

Los estudiosos han encontrado dificultades al tratar de definir a la familia, por lo que se han utilizado diferentes criterios para intentar una conceptualización precisa del término. Dentro de dichos criterios destacan los de:

- ✓ Consanguinidad o parentesco, en el cual se define como familia a todas aquellas personas que tengan lazos consanguíneos, ya sea que vivan o no en la misma casa. Esta forma de conceptualizar la familia ha sido criticada por dejar fuera los a padres e hijos adoptivos, a las parejas de los padres que vuelven a casarse e incluso a la familia política de uno de los miembros del matrimonio;
- ✓ Cohabitación, el cual sostiene que la familia está compuesta por todos los integrantes que viven bajo un mismo techo independientemente de que tengan vínculos consanguíneos o no. Este criterio deja fuera de la definición de

familia en algunos casos a elementos de la familia extensa o incluso a los mismos padres cuando no viven en el hogar.

- ✓ Lazos afectivos, donde se considera como familia a todos aquellos individuos con los cuales el individuo guarda una relación afectiva estrecha, sin necesidad de que tengan con él relaciones de consanguinidad, parentesco o que cohabiten bajo un mismo techo. Por su puesto que aquí se corre el riesgo de ampliar excesivamente el concepto de familia (Valdés, 2007: 5-6).

2.2.1.1. Tipos de familia en la actualidad

Se pueden dividir a las familias según su organización y funcionamiento: Según su organización se distinguen familias tradicionales, las familias en transición y las familias no convencionales:

- Familias tradicionales. Se caracterizan por poseer una estructura de autoridad donde se evidencia un claro predominio masculino. En ellas existe una estricta división sexual por su papel en las labores; el padre es valorado de manera especial por su rol de proveedor y la madre por su papel en labores del hogar y la crianza de los hijos. El proyecto de vida, la identidad y la autoestima del padre están directamente asociados a su capacidad productiva, mientras que en el caso de la madre los aspectos antes mencionados se asocian tanto al hogar como a los hijos.
- Familias en transición. En estas familias se han transformado considerablemente los roles y las estructuras de poder de los contratos matrimoniales tradicionales, aunque éstos no se han revertido por completo y aún conservan vigencia las viejas prácticas y sistemas de creencias de los integrantes de la pareja.

Los padres de estas familia no perciben como su única tarea la de proveer, la cual aceptan compartir con agrado con la madre, hacen un esfuerzo consciente por diferenciarse del modelo de hombre alienado en el trabajo y con escasa satisfacción con su vida. Vivencia la necesidad de participar en los aspectos relacionados con las tareas domésticas y la crianza de los hijos; aunque es justo señalar que perciben su función, en estas dos últimas áreas, como de apoyo a la tarea de la madre, quien perciben, con la responsabilidad fundamental al respecto. También es de destacar que la participación de los padres en las labores domésticas, se concentran de manera especial en aquellas que significan la relación directa con los hijos, pero muy poco en las correspondientes a las tareas cotidianas como cocinar o lavar.

- **Familias no convencionales.** Se alejan del esquema culturalmente establecido en cuanto a los roles masculino y femenino. Las mujeres son activas, se proponen altos ideales personales a realizar por medio del trabajo profesional y su aporte económico al mantenimiento del hogar es mayor o parecido al del esposo.

Son mujeres que dedican poco tiempo a las labores domésticas, y al cuidado de los hijos. Por lo general tienden a delegar los aspectos relativos a las labores domésticas y el cuidado de los hijos en otras personas. En muchos casos los padres de estas familias tienen menos éxito laboral que sus esposas y desempeñan importantes funciones relacionadas con el cuidado de los hijos.

2.2.1.2. Se puede dividir a las familias según su punto de vista de composición:

- **Familias nucleares:** Este tipo de familia está compuesto, por ambos padres y los hijos que viven en un hogar; es la estructura familiar predominante en casi todas las sociedades occidentales. La familia nuclear se considera el ideal social e

incluso se considera por la sociedad en general y por diversos especialistas como inevitablemente patológica, cualquier otro tipo de estructura familiar que sea diferente de ésta. El hecho de crecer en una familia nuclear se asocia con ventajas para los niños, entre otras:

- a) Mayores recursos económicos, pues cuentan con los ingresos íntegros de ambos padres
- b) Una parentalidad más efectiva, debido a que se pueden dividir los roles en el cuidado de los hijos, lo cual representa un aumento de la cantidad y la calidad del tiempo que se dedica a los mismos.
- c) El apoyo mutuo ante las dificultades o los retos que implica la crianza y de una mayor estabilidad emocional de ambos padres debido al apoyo mutuo y el afecto que se brindan.

- **Familias monoparentales.** En vista de lo complejo del fenómeno de la monoparentalidad, existen múltiples definiciones acerca de ella. Para Rodríguez y Luengo (2003) las distintas definiciones de familia monoparental tienen en común el considerar.

1. La presencia de un solo progenitor en el hogar, ya sea que viva solo o con sus respectivos padres (Se considera incluir solo a aquellos progenitores que viven solos, ya que da la impresión que el hecho de convivir con los abuelos le permite a la familia funcionar como una familia extensa, siendo diferente los roles y las problemáticas enfrentadas por los integrantes de la misma).
2. La presencia de uno o varios hijos en el hogar;
3. La dependencia económica de los hijos.
4. El considerar que los fenómenos anteriores se originan por diferentes causas.

Así mismo se establece una tipología de las familias monoparentales de acuerdo a las causas que le dan origen:

- a) Monoparentalidad vinculada a la natalidad, aquí tenemos los núcleos monoparentales derivados de las madres solteras.
- b) Monoparentalidad vinculada a la relación matrimonial, en la cual se engloban las rupturas ya sean voluntarias o involuntarias de la relación matrimonial.
- c) Monoparentalidad vinculada al ordenamiento jurídico, aquí se incluyen la maternidad o paternidad que se dan como resultado de los procesos de adopción.
- d) Monoparentalidad vinculada a situaciones sociales, son los casos donde existe la ausencia de uno de los conyugues por motivos de trabajo, privación de la libertad y emigración.

- **Familias reconstituidas.** Las familias reconstituidas presentan una serie de características particulares: la relación paterno o materno-filial es anterior a la relación de pareja actual, algunos o todos los integrantes tienen experiencia previa de familia y por tanto; tradiciones y expectativas acerca de la vida en común, los hijos e hijas de modo habitual integran dos familias diferentes con inevitables disparidades; y por último no está claramente definida cuál ha de ser la relación entre los niños y la nueva pareja del progenitor. Se presentan las uniones libres y divorcios. En la primera se produce cuando los miembros de una pareja han decidido vivir juntos con la intención expresa de perdurar, pero por una razón u otra no han formalizado su relación a través del matrimonio. Y el divorcio, hasta la mitad del siglo XX era visto como un signo de inestabilidad familiar, de crisis del individuo y el entorno social por lo tanto era sancionado socialmente como

una falta contra el otro compañero, el matrimonio, los hijos, la familia y la sociedad misma. Sin embargo, con el paso de los años y el aumento la frecuencia con que se presenta, este fenómeno ha perdido parte de su sanción social, empezando a constituirse en objeto de estudio de varias disciplinas como la psicología, ciencias de la educación, antropología y sociología entre otras (Valdés, 2007: 45-63).

2.2.1.3. Características de la familia peruana

Los estudios estructurales de las familias peruanas son recientes. Sólo un trabajo que editado en forma resumida (Lafosse, 1996), aquí presenta dos tipos de familias; denominadas patriarcal e igualitaria. La situación aún incipiente de la de tipo igualitaria es en parte, por la reducida participación de la mujer en la PEA que la coloca en situación de dependencia económica respecto al marido.

En un estudio de psiquiatría social (Dughi y col, 1996), se hace una clasificación de la familia peruana del área urbana y se presenta en tres tipos: despótica, patriarcal y compañera. La primera de acuerdo al comportamiento del padre, sería del grupo que no cumple con sus funciones esenciales. El hombre posee una mínima responsabilidad respecto a sus obligaciones conyugales. La segunda, el padre es el jefe de la familia, y por tanto, tiene la máxima jerarquía, por consiguiente, se le atribuye los derechos para aplicar las medidas y normas que el considere necesarias para preservar y reforzar esa autoridad, conservar la posición sobre la esposa e hijos y mantener la unidad familiar, así sea fundamentada en el miedo. Y la última denominada familia compañera se asimila a la democrática, donde los miembros comparten responsabilidades y deberes.

2.2.1.4. Funciones básicas de la familia

Existen 4 funciones básicas que la familia cumple en relación con los hijos:

- 1) Asegurar la supervivencia de los hijos, su sano crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización. Esta función va más allá de asegurar la supervivencia física y se extiende a otros aspectos importantes durante los dos primeros años y que permiten hacer humano psicológicamente al hijo o hija que ya lo eran biológicamente desde su nacimiento.
- 2) Garantizar a los hijos un clima de afecto y apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico sano no resulta posible. El clima de afecto implica el establecimiento de relaciones de apego, un sentimiento de relación privilegiada y de compromiso emocional.
- 3) Insuflar a los hijos la estimulación que haga de ellos seres con capacidad para relacionarse adecuadamente con su entorno físico y social, así como para responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo en que les toca vivir. Esta estimulación llega al menos por dos vías claramente diferenciables, aunque sin duda relacionadas; por una parte, la estructuración del ambiente en que los niños crecen y la organización de su vida cotidiana; y por otra, las interacciones directas a través de las cuales los padres facilitan y fomentan el desarrollo de sus hijos.
- 4) Tomar decisiones respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que van a compartir con la familia la tarea de educación del niño o niña (Rodrigo & Palacios, 1998: 36-37).

Una de las funciones esenciales de la familia es permitir la aparición de cambios que permitan la expansión y el desarrollo vital de sus integrantes; en general estos cambios abarcan:

1. Cambios en los límites, reglas, alianzas y normas entre los miembros de la familia.
2. Cambios entre miembros de la familia, que ocurren en relación con límites, reglas, alianzas y normas.
3. Cambios determinantes por factores sociales, que facilitan el ajuste de la familia a su contexto (Valdés, 2007: 16).

2.2.1.5. Funcionamiento familiar: el modelo circunplejo de David Olson

Según Musitu & Allatt, (1994) este modelo fue desarrollado por D. Olson, Sprenkle & Russell, del Departamento de *Family Social Science* de la Universidad de Minesota, en 1979. Se ha construido a partir de conceptos generados en la literatura sobre terapia familiar y marital. No obstante, posteriormente fue validado empíricamente en dos estudios por Russell (1979) & Sprenkle & Olson (1978).

En este modelo la familia se evalúa las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y comunicación.

2.2.1.5.1. La cohesión

Evalúa el grado en que los miembros de la familia están conectada o separada a ella. Se define como *el vínculo emocional o ligazón emocional que los miembros de la familia tienen entre sí*. Incluye variables específicas tales como:

ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de reacción

La cohesión se subdivide en familias desligadas, separadas, conectadas y aglutinadas.

Tipos de cohesión

Es considerada unificante y tiene dos componentes: el vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia, por lo cual lo subdivide en cuatro partes (Olson et. al., 1985).

a. Dispersa, disgregada, desligada o no relacionada (10-34). Llamada también desprendida, se refiere a familias donde prevalece el “yo” es decir, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia familiar. Se detalla algunas características:

- ✓ Extrema separación emocional.
- ✓ Falta de lealtad familiar.
- ✓ Se da muy poca interacción entre sus miembros.
- ✓ Hay falta de cercanía parento-filial.
- ✓ Predomina la separación personal.
- ✓ Rara vez están juntos en familia.
- ✓ Hay necesidad y preferencia por espacios separados.
- ✓ Se toman decisiones independientemente.
- ✓ El interés se focaliza fuera de la familia.

✓ Los amigos personales son vistos a solas.

✓ Existen intereses desiguales.

✓ La recreación se lleva a cabo individualmente.

b. Separada o semirelacionada (35-40). Si bien domina el “yo”, existe la presencia de un “nosotros”, además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con cierta tendencia hacia la independencia. Se detalla algunas características:

✓ Separación emocional como un hecho concreto.

✓ La lealtad familiar es ocasional.

✓ Se acepta la interacción, pero se prefiere la distancia personal.

✓ Algunas veces se demuestra correspondencia afectiva.

✓ Los límites parento-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos.

✓ Se alienta cierta separación personal.

✓ El tiempo individual es importante, pero se pasa parte de los tiempos juntos.

✓ Se prefieren los espacios separados, pero comparten el espacio familiar.

✓ Las decisiones se toman individualmente, pero hay posibilidad de decisiones conjuntas.

✓ El interés se focaliza fuera de la familia.

✓ Los amigos raras veces son compartidos con la familia.

✓ Los intereses son distintos.

✓ La recreación se lleva a cabo de manera más separada que compartida.

c. Conectada o relacionada (41-45). Denominada también unida, donde predomina el “nosotros” con presencia del “yo”; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con tendencia hacia la dependencia. Se detalla algunas características:

- ✓ Cercanía emocional.
- ✓ La lealtad familiar es esperada.
- ✓ Se enfatiza la interacción, pero se permite la distancia personal.
- ✓ Las interacciones afectivas son alentadas y preferidas.
- ✓ Los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento filial.
- ✓ La necesidad de separación es respetada pero poco valorada.
- ✓ El tiempo que pasan juntos es importante.
- ✓ El espacio privado es respetado.
- ✓ Se prefieren las decisiones conjuntas.
- ✓ El interés se focaliza dentro de la familia.
- ✓ Los amigos personales se comparten con la familia.
- ✓ Se prefieren los intereses comunes.
- ✓ Se prefieren las recreaciones compartida que la individual.

d. Aglutinada o amalgamada (46-50). Conocida también como enredada. Prima el “nosotros” apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez existe una fuerte exigencia de fidelidad y la lealtad hacia la familia, junto a un alto

grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común. Se detalla algunas características:

- ✓ Extrema cercanía emocional.
- ✓ Se demanda lealtad hacia la familia.
- ✓ La interacción es altamente simbiótico.
- ✓ Los miembros de la familia dependen mucho unos a otros.
- ✓ Se expresa la dependencia afectiva.
- ✓ Hay extrema reactividad emocional.
- ✓ Se dan coaliciones parento filiales.
- ✓ Hay falta de límites generacionales.
- ✓ Hay falta de separación personal.
- ✓ La mayor parte del tiempo lo pasan juntos.
- ✓ Se permite poco tiempo y espacio privado.
- ✓ Las decisiones están sujetas al deseo del grupo.
- ✓ El interés se focaliza dentro de la familia.
- ✓ Se prefiere los amigos de la familia a los personales.
- ✓ Los intereses conjuntos se dan por mandato.

El modelo circumplejo de Olson postula que los niveles de cohesión separadas y conectadas facilitan el funcionamiento familiar, mientras que los extremos desligados y aglutinados resultan problemáticos para la familia.

2.2.1.5.2.La adaptabilidad

Tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como: "la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo", contiene las variables específicas: poder (capacidad de afirmación, control y disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia.

La adaptabilidad se subdivide en familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas.

Tipos de adaptabilidad

Es la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar la estructura de poder; asimismo cambiar las reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Para que exista un buen sistema de adaptabilidad se requiere un balance entre cambios y estabilidad. El desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad determina cuatro tipos de familias (Olson et. al., 1985).

a. Rígida (10-19 muy baja)

- ✓ Se caracteriza por el liderazgo autoritario, donde existe fuerte control parental.
- ✓ La disciplina es estricta, rígida y de aplicación severa.
- ✓ Es autocrática.
- ✓ Los padres imponen las decisiones.
- ✓ Las funciones (roles) están estrictamente definidos.

- ✓ Las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambiar.

b. Estructurada (20-24 de baja a moderada)

- ✓ Se caracteriza en principio por el liderazgo autoritario, siendo algunas veces igualitario.
- ✓ La disciplina rara vez es severa, siendo predecible las consecuencias.
- ✓ Es un tanto democrática.
- ✓ Los padres toman las decisiones.
- ✓ Las funciones (roles) son estables, pero pueden compartirse.
- ✓ Las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las veces que se cambian.

c. Flexible (25-28 moderada a alta)

- ✓ Se caracteriza por un liderazgo igualitario que permite cambios.
- ✓ La disciplina es algo severa, negociándose las consecuencias.
- ✓ Usualmente es democrática y tienen acuerdo en las decisiones.
- ✓ Se comparten las funciones (roles).
- ✓ Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad.
- ✓ Algunas reglas pueden cambiar.

d. Caótica (29-50 muy alta)

- ✓ Se caracteriza por un liderazgo limitado e ineficaz.
- ✓ La disciplina es muy poco severa habiendo inconsistencia en sus consecuencias.
- ✓ Las decisiones parentales son impulsivas.

- ✓ Hay falta de claridad en las funciones (roles) existen alternativas e inversiones en los mismos.
- ✓ Hay frecuentes cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente.

El modelo circumplejo de Olson postula que los niveles de adaptabilidad estructurados y flexibles facilitan el funcionamiento familiar, mientras que los extremos rígidos y caóticos resultan problemáticos para la familia.

2.2.1.5.3. La comunicación familiar

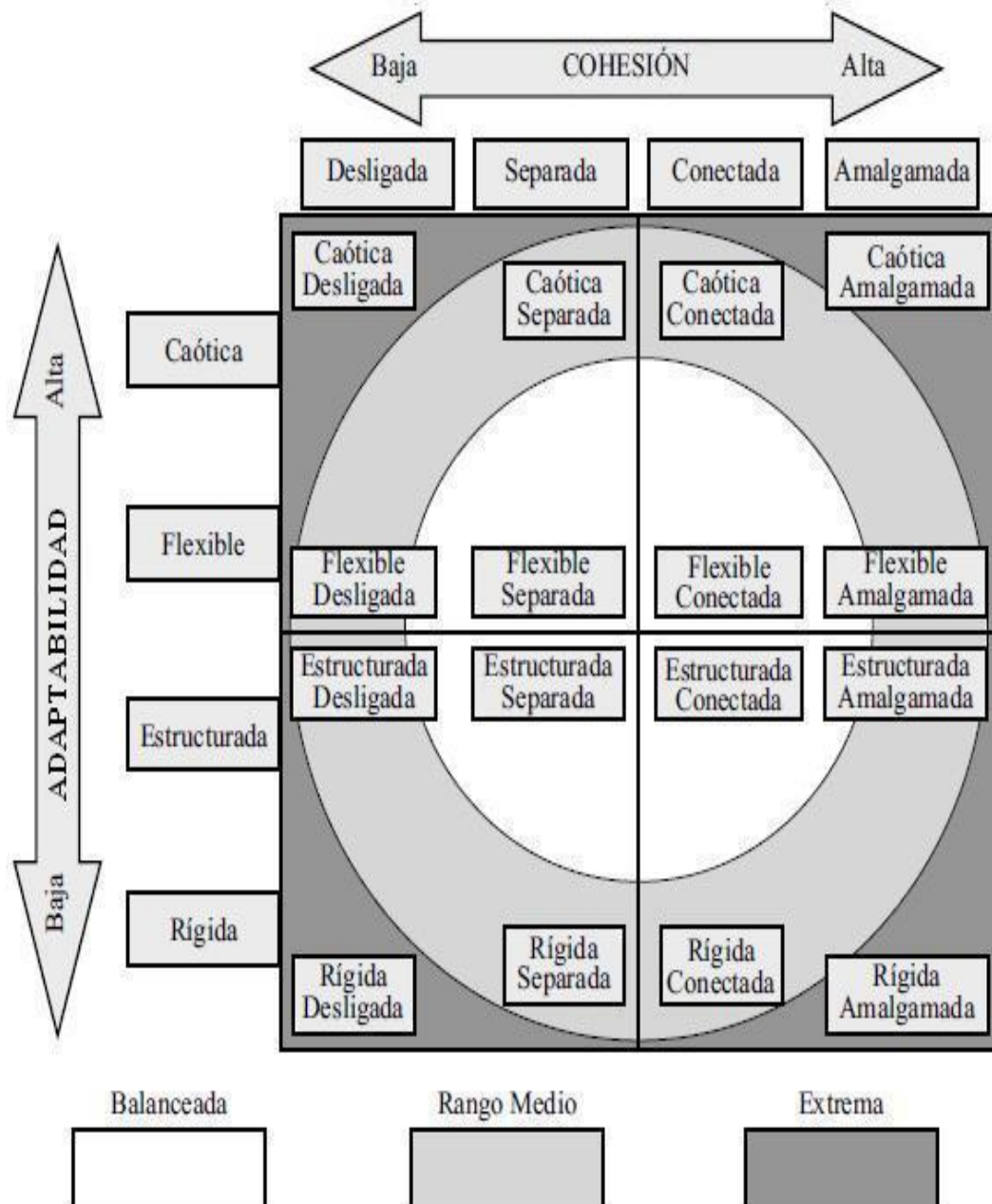
El tercer parámetro del modelo circumplejo de Olson, es la comunicación familiar, que se considera una dimensión facilitadora para que las familias se desplacen en las dimensiones de cohesión y de adaptabilidad. Las habilidades de comunicación positiva como la empatía, la escucha activa o los comentarios de apoyo permiten a las familias compartir mutuamente sus necesidades y preferencias. La comunicación negativa como dobles mensajes, dobles vínculos y críticas, disminuyen la habilidad de una familia para compartir sus sentimientos. En definitiva, este modelo es dinámico en la medida en que asume que puede operarse distintos cambios a través del tiempo. Las familias pueden desplazar en cualquier dirección que la situación, el estadio del ciclo familiar o la socialización de sus miembros pueden requerir.

Los tipos de sistemas maritales y familiares, derivan de la combinación de los cuatro niveles de cohesión con los cuatro de adaptabilidad, se obtienen dieciséis tipos de sistemas maritales y familiares. Cuatro de ellos son moderados en las dimensiones de adaptabilidad y cohesión (Tipos balanceados), ocho son

extremos en una dimensión y moderados en la otra (Tipos de rango medio) y cuatro tipos son extremos en ambas (Tipos extremos).

MODELO CIRCUMPLEJO: Dieciséis Tipos de Sistemas

Maritales y Familiares



2.2.1.5.4. La comunicación familiar

La correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad determina 3 niveles de funcionamiento familiar (Olson 1982, citado por Ferreyra 2003). En el rango balanceado se ubican las familias con óptimo funcionamiento, mientras que en el extremo se ubican las familias no funcionales.

Tipo balanceado

Las familias de esta categoría son centrales en ambas dimensiones, y se encuentran al centro del círculo. Hablamos de la familia: flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y estructuralmente conectada.

En los sistemas abiertos los individuos se distinguen por su habilidad para experimentar y balancear los extremos de independencia y dependencia familiar. Tienen la libertad de estar solos o conectados al miembro de la familia que elijan. El funcionamiento es dinámico, por lo que pueden cambiar. La familia es libre de moverse en la dirección que la situación, el ciclo de vida familiar o la socialización de un miembro de la familia lo requiera. Ese tipo de familia es considerada la más adecuada.

Tipo rango medio

Las familias de esta categoría son extremas en una sola dimensión. Hablamos de las familias: flexiblemente dispersas, flexiblemente aglutinada, caóticamente separada, caóticamente conectada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada y rígidamente conectada. El funcionamiento de estas familias presenta dificultades en una sola dimensión, las cuales pueden ser originadas por momentos de estrés.

Tipo extrema

Las familias de esta categoría, son extremas, tanto en las dimensiones de cohesión como adaptabilidad (ambas dimensiones), por lo que su funcionamiento es menos adecuado. Hablamos de la familia caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa y rígidamente aglutinada. Tienen un funcionamiento menos adecuado. Olson considera varios aspectos:

1. Las familias extremas son una forma exagerada de las de rango medio, ya que pertenecen a un continuo de características que varían en intensidad, cualidad y cantidad.
2. Que en “momentos” especiales de la vida familiar un funcionamiento extremo puede ser beneficioso para la estabilidad de los miembros.
3. En muchos casos, el problema de un miembro de la familia o pareja puede caracterizar el funcionamiento familiar como extremo, por ejemplo: si un miembro de la pareja desea el divorcio considerará que la familia tiene funcionamiento extremo.
4. Los grupos extremos (Olson, 1982, 1983) pueden funcionar bien por el tiempo que “todos” los miembros de la familia lo deseen así. Esto es importante porque hay grupos culturales que determinan funcionamiento familiares extremos (Tueros, 2004: 42).

2.2.1.5.5. Familia disfuncional

Existe un acuerdo generalizado sobre la importancia de los problemas familiares respecto al suicidio en adolescentes y jóvenes. Para La Fromboise y Howard-Pitney (1995), el abuso físico o sexual, la falta de buena comunicación

entre niños y padres, la inestabilidad, la discordia y/o la violencia, son signos típicos de una familia disfuncional.

Entre los problemas familiares que contribuyen al suicidio en adolescentes resaltan la mala comunicación, conflictos con los padres, alienación respecto a la familia; así como amor, afecto y apoyo inadecuados de los miembros de la familia (Dukes y Lorch, 1989). También se ha destacado la falta de apoyo por parte de los miembros de la familia, respecto a las rupturas familiares y la psicopatología de los padres. Desde otro ángulo, pero también en relación con la familia, distintas investigaciones han informado que los sujetos con historia familiar de suicidio o intento de suicidio tienen un mayor riesgo. No obstante, y a pesar de que existen diferencias en el grado y en los tipos de estresores provenientes de la familia, la percepción del estrés familiar y la falta de apoyo de la familia contribuyen, dentro del campo de los estresores familiares, como un gran factor, a la conducta suicida en adolescentes.

Una familia disfuncional puede disminuir la autoestima de los niños, ser una amenaza para su integridad física y psicológica y, en combinación con otros factores, puede contribuir a que se generen sentimientos de vulnerabilidad y motivación para el suicidio y encuentran mayores conflictos familiares en sujetos con tentativas de suicidio Tousignant y Hanigan (1993). Igualmente, Asarnow (1992) halla mayor conflictividad familiar en adolescentes con intentos de suicidio. Este mismo autor señala, que entre los miembros de la familia había menor cohesión y menor conflictividad familiar, en pacientes psiquiátricos con tentativas de suicidio que entre quienes no las habían tenido.

2.2.2. SUICIDIO

2.2.2.1. Conceptos asociados con el suicidio

El suicidio es considerado como un autoasesinato (Morón, 1992). De acuerdo con el Gran Diccionario de la Lengua Española (1996), la palabra suicidio proviene del inglés *suicide*; desde la etimología latina *sui* significa sí mismo y *caedere*, matar. Acción y efecto de suicidarse. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien lo realiza.

Al suicidio se le define como: acto por el que la persona se quita voluntariamente la vida, aunque algunos autores enfatizan que no sólo es un acto o una acción, sino también el resultado de ésta: la acción y resultado de quitarse una persona la vida por propia voluntad.

También el concepto de suicidio se encuentra asociado con el de temeridad, en esos casos se le define como acción hecha o proyectada por una persona que puede perjudicarla gravemente. De ahí que cuando se menciona “es un suicidio” puede describirse tanto a alguien que se quita la vida voluntariamente como a alguien que arriesga su vida aunque no pretenda de manera consciente morir, ejemplo de ello son las personas que intentan trascender y pasar a la historia al romper un récord Guinness, pero mueren en el intento.

Las conductas autodestructivas son clasificadas en directas e indirectas, primero son las que ponen en peligro la vida y son acompañadas de la intención expresa de matarse (ya sea dándose un tiro, ahorcándose, arrojándose al vacío, entre otras). Segundo, también ponen en peligro la vida, sin la intención explícita de hacerse daño; manejando automóviles a alta velocidad, practicando deportes de

riesgo como el alpinismo, con abuso en el consumo de alcohol o drogas, en donde no se busca directamente la muerte, sino la sensación placentera asociada con el riesgo de dichas actividades (Reyes Zubiría, 1999).

Recientemente el intento de suicidio es clasificado como una forma de lesión autoinfligida (INEGI, 2006), asociadas con éste se encuentran las conductas automutilantes como: quemarse, tatuarse, cortarse o escarbarse la piel, rascarse hasta sacarse sangre, borrar la piel hasta que salga sangre, golpearse así mismo, jalars el cabello, insertarse objetos por debajo de la piel o de las uñas, morderse, picarse diferentes áreas del cuerpo hasta el punto de sangrar. Entre las razones que llevan a algunos adolescentes a realizar dichas conductas se encuentran: aliviar el sentimiento de vacío, castigarse a sí mismo, parar los sentimientos negativos o desagradables o para sentirse relajados (Spirito & Overholser, 2003).

La conducta parasuicida incluye diversas conductas autodestructivas que pueden clasificarse en las siguientes categorías (Garrison 1991, en Betancourt, 2002):

- ✓ Suicidio consumado: ocurre cuando el sujeto se quita la vida.
- ✓ Intento de suicidio: tiene todos los elementos del suicidio completo, excepto que las personas sobreviven generalmente debido a las circunstancias.
- ✓ Gesto suicida: consiste en un acto simbólico de suicidio pero que no constituye serias amenazas de muerte.
- ✓ Amenaza de suicidio: incluye decir o hacer algo indicando el deseo de autodestrucción.
- ✓ Ideación suicida: implica tener pensamientos o fantasías acerca de la muerte.

- ✓ Muerte subliminar: Provocar la muerte o aproximarse al lugar donde el individuo es extremadamente vulnerable.

Por otro lado y desde una integración psicológico-filosófica-social, Fromm (1985) establece tres hipótesis que explican el aumento de suicidios en la sociedad contemporánea:

1. Considerar a la vida como una empresa, donde se hacen balances en los que se evalúa el fracaso o el éxito: “El individuo se suicida exactamente como un hombre de negocios, se declara en quiebra cuando las pérdidas exceden de las ganancias y cuando ha perdido la última esperanza de recuperarlas”.
2. El tedio y la monotonía de la vida, consecuencias del modo enajenado de vivir.
3. La anomia, que consiste en el anonimato social, en pasar inadvertido y carente de vínculos profundos a pesar de estar rodeado de gente (retoma esta hipótesis de Durkheim).

Más recientemente, Schneidman, quien es considerado uno de los principales investigadores sobre suicidio, ha establecido aspectos comunes de diferentes suicidios e intentos suicidas, los cuales son:

- a) El propósito común del suicidio es buscar una solución. La meta común es suspender la conciencia.
- b) El estímulo inusual es el intolerable dolor psicológico.
- c) El estresor común es la frustración a las necesidades psicológicas.
- d) El estado emocional común es la desesperanza y la falta de ayuda.

- e) La emoción es la depresión.
- f) El acto es usualmente cometido en un estado de ambivalencia en donde el individuo siente constricción de sus opciones.
- g) La acción común en el suicidio es la agresión.
- h) El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.
- i) La consistencia del suicidio es la dificultad en los patrones de enfrentamiento a lo largo de la vida.

Una de las clasificaciones más antiguas sobre el suicidio es la que propuso Durkheim, quien los organiza en cuatro categorías:

- a) Egoísta. En donde el suicida se aparta del conjunto de los seres humanos. Resulta del debilitamiento de las normas sociales: la aparente libertad de la que goza el individuo le conduce efectivamente a la insatisfacción y finalmente a la desesperanza, como en nuestras sociedades occidentales actuales.
- b) Altruista. Producto de la creencia de que el mundo social con sus normas y valores se desmorona. El individuo se sacrifica por fines sociales, caracteriza sociedades en donde el individuo está fuertemente sometido a los valores colectivos, como en las sociedades primitivas.
- c) Anómico. Cometido por una lealtad extrema a una causa determinada (harakiri, japonés o los bonzos, budistas). Surge en sociedades donde, por efecto de una transformación brutal los principales puntos de referencia y valores comunes se derrumban en una persona.

- d) Mixto. Combinación de los estilos anteriores (Rivera, 2010:14-18).

FASES DEL SUICIDIO SEGÚN POLDINGER

Poldinger (1969), en su libro *Tendencia al suicidio*, sostiene tres estadios:

1. El primer estadio. El suicidio considerado como una posibilidad para resolver, mediante la destrucción de la propia vida, los problemas reales o aparentes. El impulso inicial puede partir de factores psicodinámicos como inhibición de agresiones y aislamiento social o de factores de sugestión, tales como: suicidios en la familia y en el ambiente próximo o noticia de prensa, literatura y “Films”.
2. El segundo estadio, se caracteriza por la ambivalencia, indecisión y pugna íntima entre las tendencias constructivas y destructivas. Esta ambivalencia se manifiesta también mediante avisos de suicidio, que han de comprenderse como auténticas llamadas de socorro, pero que con frecuencia y a causa de prejuicios no son atendidas. Las encuestas llevados a cabo por Robins y cols. y Ringel en el medio ambiente de personas que cometieron suicidio han demostrado que un 69% y 78% de las mismas, respectivamente habían anunciado previamente y expresis verbis su intención. Constituye, pues, un importante propósito de la profilaxis del suicidio hacer desaparecer definitivamente el prejuicio relativo a que “las personas que desean suicidarse no lo avisan de antemano y que aquellas, en cambio, que hablan de suicidarse, no lo hacen”. Tal prejuicio ha costado ya la vida a innumerables seres humanos.

3. El tercer estadio, si el sujeto ha adoptado ya la decisión de quitarse la vida, hay que prestar atención sobre todo a los indicios indirectos. Habla en favor de una acentuación de la tendencia al suicidio, el hecho de que personas que con anterioridad, se mostraban agitadamente angustiosas y deprimidas, tengan de pronto aspecto tranquilo y manifiesten una actitud aparentemente serena. Tal serenidad es sospechosa y equivale con frecuencia, a una “calma antes de la tormenta”.

Así mismo refiere que en diversas afecciones que comportan ansiedad y matices depresivos, el riesgo de suicidio es elevado. Toda medicación con psicofármacos obligaran a tener presente su posible influencia en las tendencias suicidas dadas. Para influir terapéuticamente en la suicidalidad será fundamental identificarla y enjuiciarla antes. Así Ringel ha conseguido establecer un “síndrome presuicidal” y formularlo de manera especialmente clara y sucinta. Se trata de lo siguiente:

- 1ero. Angostamiento y reducción del ámbito de la vida psíquica, aislamiento y estancamiento de las energías psíquicas.
- 2do. Inhibición de la agresividad: las agresiones que no se pueden descargar contra los demás, se vuelven contra uno mismo.
- 3ero. Deseos de muerte y fantasías de autodestrucción.

El síndrome axial de Mitterauer está pensado para médicos y psicólogos. El mencionado autor logró demostrar que la anamnesis de familias suicidas revelan suicidios mucho más frecuentes de lo que las propias familias saben. Otros indicios ha aportado Kielholz, al citar una serie de factores llamativos en sumo grado, los cuales sirven para enjuiciar el riesgo de suicidio entre depresivos.

Poldinger, ha sistematizado estos aportes y ha construido una escala de preguntas para precisar la posibilidad de un suicidio.

2.2.2.2. *Hechos sobre el suicidio*

Se busca entender el suicidio, los investigadores se han enfocado en eventos, características y variables demográficas que se repiten en las autopsias psicológicas que están muy relacionadas con este acto:

- **Frecuencia.** Más o menos, cada 16 minutos alguien se quita la vida en Estados Unidos. Aproximadamente 31 personas se suicidan cada año. El suicidio se encuentran entre las 11 causas de muerte en zonas industrializadas del mundo; es la octava causa de muerte entre hombres estadounidenses y la tercera entre la gente joven cuyas edades oscilan entre los 15 y 24 años.
- **Publicidad del suicidio e identificación con las víctimas.** Los informes de los medios acerca de los suicidios, en especial de celebridades, parecen desatar un incremento de suicidios.
- **Género.** La tasa de suicidio consumado para los hombres es casi cuatro veces mayor que la de mujeres, aunque descubrimientos recientes sugieren que la brecha se está cerrando, conforme más mujeres incurren en riesgos mayores. Por mucho, es más probable que las mujeres lo intenten, pero al parecer los hombres son más exitosos, debido a que utilizan medios más letales.
- **Estado civil.** La viudez y el divorcio, parecen estar asociados con un riesgo más alto de suicidio entre hombres y mujeres caucásicos, y en hombres afroamericanos. Sin embargo, en edades mayores el divorcio, y no la viudez incrementa el riesgo.

- **Ocupación:** Médicos, dentistas, abogados y personal relacionado con la aplicación de las leyes, tienen mayor promedio en tasas de suicidio. Entre los profesionales de la medicina, los psiquiatras tienen la tasa más alta y los pediatras la más baja. Debido a que el personal médico tiene mayor acceso a los medicamentos y saben calcular una dosis fatal, tienen mayores probabilidades de consumir un suicidio.
- **Nivel socioeconómico.** El suicidio se presenta de manera proporcional en todos los estratos socio económico.
- **Elección del arma.** Más del 50% de los suicidios se comete con arma de fuego y 70 % de los intentos se efectúan con sobredosis de drogas. Los hombres eligen con mayor frecuencia las armas de fuego para suicidarse; el envenenamiento y la asfixia vía barbitúricos son los medios preferidos por las mujeres.
- **Creencias religiosas.** Las creencias religiosas están relacionadas con las tasas de suicidio. En los países donde la iglesia católica ejerce gran influencia (América Latina, Irlanda, España e Italia) la tasa de suicidio es relativamente baja (menos de 10 por cada 100 mil habitantes). En los lugares donde no hay sanciones religiosas contra el suicidio o éstas son débiles, por ejemplo, los países escandinavos, en la actual Checoslovaquia y Hungría, donde la autoridad de la iglesia es endeble, se observan tasas más altas. En efecto, Hungría tiene la tasa más alta de suicidios registrados, de 40.7 por cada 100 mil y la de la actual Checoslovaquia es de 22.4 por cada 100 mil habitantes.
- **Periodos históricos.** El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas, sin embargo, las distintas

sociedades han mantenido actitudes variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura. Las tasas de suicidio tienden a disminuir durante tiempos de guerra y desastres naturales, pero se incrementan durante los periodos de cambios de normas y valores o disturbios sociales, cuando las expectativas tradicionales ya no se aplican. Los sociólogos aseveran que, durante las guerras, las personas “se unen” y están menos concentradas en sus propias dificultades o conflictos.

- **Comunicación de la intención.** Más de dos terceras partes de la gente que comete suicidio comunica su intención de hacerlo dentro de los tres meses anteriores al acto fatal. La creencia de que la gente amenaza con suicidarse no es seria al respecto o que realmente no cumplirá con su amenaza, es un desacierto. Se estima que el 20% de las personas que intentan suicidarse vuelven a hacerlo en el transcurso de un año y que el 10% finalmente lo logrará (Sue, Wing & Sue, 2010: 337-343).

2.2.2.3. Suicidio en adolescentes y jóvenes

El suicidio en la adolescencia constituye la segunda causa más frecuente de muerte, solo superada por los accidentes, es presumible que estos datos vayan en aumento. Se estima que, de cada mil adolescentes, cuatro hacen una tentativa de suicidio. Hace más de 25 años que el suicidio constituye la sexta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años, el suicidio es más frecuente en adolescentes que en jóvenes; las tentativas de suicidio, en cambio, son mucho más frecuentes entre jóvenes que adultos.

2.2.2.4. Características del suicidio

A continuación se describen 10 características comunes del suicidio:

1. El propósito común es buscar una solución: la gente puede creer que el suicidio representa una solución a un problema sin solución. Para el suicida, quitarse la vida no es un acontecimiento sin sentido o accidental.
2. La evasión de la conciencia es una meta común: la conciencia representa un dolor psicológico constante, pero el suicidio parece la terminación de pensamientos y sentimientos angustiantes.
3. El estímulo para el suicidio es en general un dolor intolerable: depresión, desesperanza, culpa, vergüenza y otras emociones negativas con frecuencia son la base del suicidio.
4. El estresor común en el suicidio es una necesidad psicológica frustrada. La incapacidad para alcanzar estándares o expectativas altos, puede conducir a sentimientos de frustración, fracaso y devaluación. Cuando el progreso hacia las metas se bloquea, algunos individuos se vuelven vulnerables al suicidio.
5. Una emoción común en el suicidio es la desesperanza o indefensión. El pesimismo respecto del futuro y la convicción de que nada se puede hacer para mejorar la situación de vida, pueden predisponer al suicidio.
6. El estado cognitivo es de ambivalencia. Aunque la persona suicida quizá esté muy motivada para acabar con su vida, normalmente tiene también un deseo (en diversos grados) de seguir viviendo.
7. El estado cognitivo también se caracteriza por la “visión de túnel”. La persona tiene grandes dificultades para ver “un panorama más amplio” y se

caracteriza por tener “visión de túnel”. Las personas que intentan suicidarse, parecen incapaces de considerar otras opciones o alternativas. La muerte es la única salida.

8. La acción común en el suicidio es escapar. La meta es la evasión-escape de una situación insostenible.
9. La acción interpersonal común en el suicidio es la comunicación de la intención. Cuando menos el 80% de los suicidios es precedido por conductas verbales y no verbales que reflejan sus intenciones.
10. La consistencia común está en el área de los patrones de afrontamiento ante la vida. Los patrones o hábitos que se han desarrollado para afrontar las crisis son los mismos patrones de respuesta que se han utilizado a lo largo de la vida. Algunos de ellos pueden predisponer a una persona al suicidio (Shneidman, 1992).

En casi todos los casos de suicidio hay señales de que el mismo está a punto de ocurrir:

Factores de riesgo

- ✓ Intento previo de suicidio.
- ✓ Trastornos mentales como depresión y trastorno bipolar.
- ✓ Recurrencia de trastornos mentales por el consumo de sustancias y alcohol.
- ✓ Historia familiar de suicidio.
- ✓ Desesperanza.
- ✓ Tendencias impulsivas y/o agresivas.
- ✓ Barreras para el acceso a un tratamiento de salud mental.
- ✓ Pérdida de relaciones, social, laboral o financiera.

- ✓ Enfermedades físicas
- ✓ Fácil acceso a métodos letales, en especial armas.
- ✓ Falta de voluntad para buscar ayuda debido al estigma social.
- ✓ Miembros de la familia, compañeros o celebridades que han muerto por suicidio.
- ✓ Creencias culturales o religiosas en las que el suicidio es una resolución honorable.
- ✓ Epidemias locales de suicidio que tienen una influencia contagiosa.
- ✓ Aislamiento

Factores protectores

- ✓ Recursos eficaces para la atención clínica de trastornos mentales, físicos y por consumo de sustancias.
- ✓ Acceso fácil a una variedad de intervenciones clínicas y apoyo para la búsqueda de ayuda.
- ✓ Acceso restringido a los medios de suicidio letales.
- ✓ Apoyo familiar y comunitario
- ✓ Habilidades adecuadas para la solución de problemas, resolución de conflictos y medios no violentos para resolver las disputas.
- ✓ Creencias culturales y religiosas que desapruaban el suicidio y apoyan la preservación de la vida, Bryan y Rudd (2006) & USPHS (1999).

2.2.2.5. Riesgo suicida

De acuerdo con el Gran Diccionario de la Lengua Española (1996), la palabra riesgo proviene del Italiano *risico* o *rischio*, y este del Árabe clásico *rizq*, lo que depara la providencia. Significa contingencia o proximidad de un daño.

El riesgo suicida es toda característica o circunstancia de una persona o un grupo de personas que según los conocimientos que se posee, lo asocian a la posibilidad de poder manipular una conducta suicida, ya sea un intento suicida o suicidio consumado. Este puede estar relacionado con factores individuales, familiares o sociales de riesgo suicida.

El riesgo suicida se define como la probabilidad que tiene un individuo de cometer un acto suicida a futuro, siendo un acto suicida cualquier acción intencionada con posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida (Belfort, 2009: 11). El riesgo es una función de la ideación suicida junto con la concreción de los planes y la disponibilidad de los medios. Cuando la ideación suicida culmina en algún nivel de concreción de la planeación, el riesgo suicida aumenta. Si los medios también están disponibles el riesgo es aún mayor; Kirk (1993) desarrolla una serie de criterios de detección y de intervención de acuerdo con los diferentes grados de riesgo suicida: alto, moderado o bajo.

Niveles de riesgo suicida: Alto

Criterios:

- a) Tienen pensamiento y sentimiento sobre el suicidio en un futuro cercano o inmediato.
- b) Tienen un plan específico e irreversible para completar el acto y poseen los medios para hacerlo.

- c) Dan abrigo a síntomas de depresión y de agitación.
- d) Una historia previa de intentos suicidas o de gestos suicidas.

Intervención. Cuando se identifica un riesgo alto, independientemente de la historia se debe proporcionar intervención inmediata de un especialista, incluyendo la posibilidad de hospitalización.

Niveles de riesgo suicida: Moderado

Criterios:

- a) Cuando el individuo tiene o ha tenido pensamientos respecto del suicidio, pero no tiene la necesidad de actuarlos inmediatamente.
- b) Aunque no tiene una historia previa de intentos o gestos suicidas, si los tiene de ideación suicida.

Intervención. Deben ser referidos a consejería dentro de la escuela, con el psicólogo, consejero o trabajador social, quien deberá estar en contacto con otro especialista que lo asesore de manera extrema.

Niveles de riesgo suicida: Bajo

Criterios

- a) No hay historia de intentos suicidas previos, o de gestos, pero ha habido ideaciones suicidas.
- b) No hay una motivación actual para morir, pero existen algunos síntomas parasuicidas (depresión mínima o moderada, desánimo o estrés).
- c) No hay planes definitivos o recientes como tampoco los medios disponibles.

Intervención: Consejería dentro de la escuela, luego de la evidencia de los niveles de riesgo suicida; se estime criterios e intervención (Adaptado de Kirk, 1993).

Para la evaluar el riesgo suicida en los adolescentes, Stoello y Chiriboga (1998) proponen un modelo donde consideran como factores primarios de riesgo de intento de suicidio, los trastornos afectivos y la desesperanza, como factores de riesgos secundarios el consumo de sustancias y los trastornos de personalidad y de la conducta; como factores situacionales de riesgo al funcionamiento familiar, el haber presenciado un suicidio, apoyo social, estresores de la vida y la homosexualidad, así como las implicaciones combinadas y el grado de importancia para determinar el nivel de riesgo de los adolescentes ante el suicidio. Señalan que debe incluirse tanto los datos clínicos como la intuición para trabajar con el paciente, quien permanentemente es evaluado en cuatro niveles de riesgo, lo cual permite al profesional de la salud mental tener una evaluación integral, intensiva y completa. Para la evaluación del riesgo suicida, es necesario tomar en cuenta la expresión verbal de sentimientos de descontento, la sensación de infelicidad, los estresores individuales, la pérdida de la aceptación de los compañeros así como los factores familiares.

A continuación se muestra las afirmaciones verbales y no verbales que indican el riesgo suicida, así como las principales conductas (Kirk, 1993, p. 65).

Conductas: Desesperación

Afirmaciones verbales: Me quiero morir. Estoy sin esperanza y sin nadie que me ayude.

Afirmaciones no-verbales: Entendimiento, apatía física, aislamiento, introversión.

Conducta: Abuso de sustancias.

Afirmaciones verbales: Estoy fuera de control. Quiero ayuda pero no sé cómo pedirla.

Afirmaciones no-verbales: Frecuente consumo de alcohol y drogas.

Conducta: Depresión encubierta.

Afirmaciones verbales: Nada está mal. Yo puedo arreglar todo siendo rebelde y antisocial.

Afirmaciones no-verbales: Agresión física, conducta impulsiva, ansiedad y rebeldía.

Conducta: Ambivalencia

Afirmaciones verbales: No estoy seguro si quiero vivir o morir.

Afirmaciones no-verbales: Posibles síntomas depresivos o depresión enmascarada con algún grado de ansiedad.

Conducta: Dolor psíquico

Afirmaciones verbales: La vida es insoportable, no sé cómo manejarla.

Afirmaciones no-verbales: Síntomas depresivos combinados con ansiedad y agitación.

Conducta: Ideación suicida

Afirmaciones verbales: Nada está funcionando, quizá la muerte es el único camino de salida.

Afirmaciones no-verbales: Confusión, desesperación, ambivalencia, actitud reservada en aumento.

Conducta: Plan suicida

Afirmaciones verbales: Una forma de salida es planear mi propia muerte.

Afirmaciones no-verbales: Conducta polarizada como ansiedad de separación, ansiedad, aislamiento, agitación ocasional y tranquilidad.

2.2.2.6. Datos epidemiológicos internacionales

A continuación se detalla los diez primeros países que presentan los más altos índices suicidas según datos de la Organización Mundial de la Salud con una tasa de suicidio por cada 100,000 personas.

- El primer lugar es para Rusia con 34.3,
- Seguido de Corea del sur con 31.2,
- Lituania con 30.7,
- Kazajistán 29.2,
- Eslovenia con 28.1,
- Hungría 27.7,
- Letonia 24.3,
- Ucrania, 23.8,
- China con 22.23,
- Y finalmente Japón con 21.7 (OMS, 2013).

2.2.2.7. Datos epidemiológicos nacionales

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” proporciona las siguientes cifras de suicidio consumado en años recientes:

- 2002 con 334 casos
- 2003 con 380 casos
- 2004 con 432 casos
- 2005 con 337 casos
- 2006 con 367 casos
- 2008 con 353 casos
- 2010 con 300 casos

Para el 2010, en relación con los suicidios consumados se han registrado datos demográficos descriptivos según género: varones 70% y mujeres 30% (Vásquez, 2011).

En el caso de suicidios consumados en nuestro país, el grupo de edades es como sigue: entre 9 a 17 años el 10%, 18 a 33 el 44%, de 34 a 50 años el 30% y de 51 a 86 años el 16%.

Durante este mismo año, los intentos de suicidio atendidos en el servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, reporta los siguientes datos: ahorcamiento en un 31.3 %, seguido de envenenamiento con 31%, disparo 15.8%, lanzamiento de altura 8.7 %, sobredosis y otros 6.4% respectivamente (Vásquez, 2011).

Respecto al estado civil de los casos registrados fueron: solteros en un 51%, seguido de conviviente y casados en 42% y en tercer lugar separado, viudo o divorciado en 7%.

En relación a intentos de suicidio atendidos según el grado de instrucción; en primer lugar, los de nivel secundario en un 65%, superior con 24%, primaria con 10% e iletrado con un 1%.

Respecto a los intentos de suicidio atendidos según el tipo de ocupación, en primer lugar, estudiante con un 40%, luego amas de casa con 22%, desocupados en un 20% y otros en un 18%.

Las cifras para los estudios epidemiológicos más recientes (en Sierra, Selva y Fronteras, realizados en los años 2003, 2004 y 2005, respectivamente) marchan dentro de rangos similares; y debe destacarse que los datos referidos a las mujeres, y en especial a la mujeres maltratadas, siempre son más elevadas (Instituto

Especializado de Salud Mental, 2004; Instituto Especializado de Salud Mental, 2005; Instituto Nacional de Salud Mental, 2006), alcanzando en este último grupo una prevalencia de vida de pensamiento y de conducta suicida el 63.6% y de 15.4% respectivamente.

Huancayo, Arequipa y Trujillo son las ciudades del interior del país en las que se dan la mayor cantidad de casos de suicidio (Campos, 2009).

Así mismo se tiene información que durante el año 2012 en la provincia de Jauja se atendieron 50 intentos de suicidio por emergencia, siendo en mayor número, mujeres jóvenes (Reporte anual de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz, red de salud Jauja, diciembre 2012).

2.2.3. ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

2.2.3.1. Adolescencia

La adolescencia es una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos.

Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad para reproducirse. Tradicionalmente se creía que la adolescencia y la pubertad empezaban al mismo tiempo, alrededor de los 13 años, en algunas sociedades occidentales los médicos han comprobado que los cambios puberales tienen lugar mucho antes de los 10 años. La adolescencia abarca aproximadamente el lapso entre los 11 y 19 o 20 años (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010: 354).

Criterios para definir la adolescencia

Criterio etimológico. El término adolescencia proviene del verbo latino “adolescere” que significa “crecer”, “desarrollarse”, “Crecer hasta la madurez”.

Criterio cronológico. Etapa del desarrollo humano comprendida entre los 12 y 13 años hasta los 18-20 años, aproximadamente.

Criterio fisiológico. La adolescencia comprendería la etapa de maduración y desarrollo sexual, a través de la cual el individuo alcanza la aptitud reproductora.

Criterio sociológico. Es el periodo de tránsito entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma.

Criterio psicológico. Es un periodo de transición, de adaptación y ajuste a cambios biopsicosociales, entre la niñez y la vida adulta, de la que emerge la identidad personal (Rodríguez, 1997:275).

Desarrollo físico

Los cambios biológicos de la pubertad, que señalan el final de la niñez, incluyen un rápido crecimiento de estatura y peso, cambios en las proporciones y formas corporales, y la adquisición de la madurez sexual. Esos impresionantes cambios físicos forman parte de un largo y complejo proceso de maduración que empezó antes del nacimiento, y sus ramificaciones psicológicas continúan en la adultez (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010: 356).

Desarrollo cognoscitivo

La mayoría de los jóvenes sale de la adolescencia con cuerpos sanos y maduros, y con entusiasmo por la vida. Su desarrollo cognoscitivo también ha continuado. Los adolescentes no sólo lucen diferentes de los niños más pequeños, sino que piensan y hablan de manera distinta. Aunque en ciertos sentidos su

pensamiento aún es inmaduro, muchos son capaces de adentrarse en el razonamiento abstracto y elaborar juicios morales complejos, además de poder hacer planes más realistas para el futuro.

Etapas Piagetanas de las operaciones formales. Los adolescentes entran en lo que Piaget denominó el nivel más alto del desarrollo cognoscitivo – las operaciones formales – cuando perfeccionan la capacidad de pensamiento abstracto. Esta capacidad, por lo regular alrededor de los 11 años, les proporciona una forma nueva y más flexible de manipular la información. Ya no están restringidos al aquí y ahora, sino que pueden entender el tiempo histórico y el espacio extraterrestre. Pueden utilizar símbolos para representar otros símbolos y por consiguiente pueden aprender álgebra y cálculo. Pueden apreciar mejor las metáforas y alegorías y por ende encuentran más significados en la literatura. Pueden pensar en términos de lo que podría ser no sólo de lo que es. Pueden imaginar posibilidades y formar y probar hipótesis (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010: 371).

Desarrollo Psicosocial en la adolescencia

Durante los años de la adolescencia, aparece en escena la búsqueda de la identidad, definida por Erikson como una concepción coherente del yo; compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido. El desarrollo cognoscitivo de los adolescentes les permite construir una “teoría del yo” (Elkind, 1998). Como destaca Erikson (1950), el esfuerzo de un adolescente por dar sentido al yo no es “una especie de malestar madurativo”, sino que forma parte de un proceso saludable y vital que se basa en los logros de las etapas anteriores – sobre la confianza, la autonomía, la iniciativa

y la laboriosidad, y sienta las bases para afrontar los desafíos de la adultez. Sin embargo, la crisis de identidad rara vez se resuelve por completo en la adolescencia, pues los problemas concernientes a ella surgen una y otra vez durante la vida adulta.

Según Erikson, la identidad se construye a medida que los jóvenes resuelven tres problemas importantes: la elección de una ocupación, la adopción de valores con los cuales vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010: 390).

Adolescentes y padres

Las relaciones con los padres durante la adolescencia – el grado de conflicto y la apertura de la comunicación – se sustentan en gran medida en la cercanía emocional desarrollada durante la niñez; a su vez, las relaciones de los adolescentes con los padres establecen las condiciones para la calidad de la relación con una pareja en la adultez.

Los adolescentes, como los niños pequeños, son sensibles a la atmósfera del hogar familiar. En un estudio longitudinal con 451 adolescentes y sus padres, los cambios en las dificultades o conflictos matrimoniales – para mejorar o empeorar – predecían cambios correspondientes en el ajuste de los adolescentes (Cui, Conger & Lorenz, 2005). En otros estudios, adolescentes de ambos sexos cuyos padres se divorciaron mostraban más problemas académicos, psicológicos y conductuales antes de la ruptura que aquellos cuyos padres no se divorciaron (Sun, 2001).

Según los datos de un importante estudio longitudinal, los adolescentes que viven con padres que se mantienen casados suelen tener muchos menos problemas de conducta que los que viven en otras estructuras familiares. Un factor

importante es la participación del padre. La participación de alta calidad de un padre que no vive con la familia es de mucha ayuda, pero no tanto como la de un padre que vive con sus hijos. Aunque a los adolescentes con fuertes vínculos con ambos padres les va mejor, una buena relación con un padre que no vive en casa puede compensar una mala relación con la madre, y es probable que una relación comprometida entre el niño y el padre que no tiene la custodia continúe en la adultez temprana. Sin embargo cuando está presente el padrastro, los vínculos estrechos con él influyen más que los vínculos con el padre que no vive en casa (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010: 407-409).

2.2.3.2. *Adultez emergente (juventud)*

La adultez temprana, definida por lo general como el lapso entre los 20 y 40 años, suele ser un periodo de posibilidades: muchas personas de esta edad por primera vez son autosuficientes, se hacen cargo de la casa que habitan y se ponen a prueba en las actividades que eligieron. Cada día toman decisiones que ayudan a determinar su salud, su profesión y su estilo de vida. Sin embargo, cada vez son más los adultos jóvenes que no sientan cabeza de inmediato. Para ellos, el período entre los 20 y 25 años, e incluso un poco más, se ha convertido en una etapa de exploración llamada adultez emergente; se trata de una etapa exploratoria, una época de posibilidades, una oportunidad para probar nuevas y diferentes formas de vida, un momento en que los jóvenes ya no son adolescentes pero todavía no se han asentado en los roles adultos.

La sociedad contemporánea tiene diversos indicadores. La madurez sexual llega durante la adolescencia, aunque la madurez cognoscitiva puede requerir más tiempo. Existen varias definiciones de la adultez legal: a los 18 años los jóvenes

pueden votar y en muchas provincias pueden casarse sin autorización de los padres, entre los 18 y 21 pueden firmar contratos. Si se usan definiciones sociológicas, puede considerarse que una persona es adulta cuando se sostiene por sí misma o ha elegido una carrera, cuando se ha casado o iniciado una relación romántica importante, o cuando ha formado una familia.

La madurez psicológica puede depender de logros como el descubrimiento de la propia identidad, la independencia de los padres, el desarrollo de un sistema de valores y el establecimiento de relaciones.

Algunos psicólogos sugieren que el inicio de la adultez no está indicado por criterios externos, sino por indicadores internos como el sentido de autonomía, autocontrol y responsabilidad personal, que es más un estado mental que un evento discreto. Desde este punto de vista, algunas personas nunca llegan a ser adultas, sin que importe su edad cronológica.

Desarrollo Físico

Durante este periodo, se establece el cimiento del funcionamiento físico de por vida. La salud puede ser influida por los genes, pero los factores conductuales- la alimentación de los adultos jóvenes, si duermen lo suficiente, cuánta actividad física realizan, y si fuman o consumen alcohol o drogas – contribuyen de manera importante a alcanzar estado de salud y de bienestar. Los problemas de salud en esos años son similares a los de la adolescencia; sin embargo, en esta época alcanzan su punto más alto las tasas de lesiones, homicidios y consumo de drogas.

Desarrollo cognoscitivo

Los teóricos e investigadores han estudiado la cognición adulta desde varias perspectivas. Algunos tratan de identificar capacidades cognoscitivas distintas que

aparecen en la adultez o formas características en que los adultos usan dichas capacidades en las etapas sucesivas de la vida. Otros investigadores se concentran en los aspectos de la inteligencia que están presentes toda la vida pero que se destacan en la adultez. Una teoría actual, que puede aplicarse tanto a los niños como a los adultos, hace hincapié en el papel de la emoción en la conducta inteligente.

Pensamiento reflexivo, es una forma compleja de cognición, definida por el filósofo y educador estadounidense Jhon Dewey como “la consideración activa, persistente y cuidadosa” de la información o las creencias a la luz de la evidencia que las apoya y de las conclusiones a las que dan lugar.

La capacidad para practicar el pensamiento reflexivo parece surgir entre las edades de 20 y 25 años. Sólo entonces las regiones completamente mielinizadas de la corteza cerebral pueden manejar el pensamiento de nivel superior, al mismo tiempo que el cerebro forma nuevas neuronas, sinapsis y conexiones dendríticas. La contribución del ambiente puede estimular el desarrollo de conexiones corticales más gruesas y densas. Si bien casi todos los adultos desarrollan la capacidad para convertirse en pensadores reflexivos, pocos alcanzan la capacidad óptima en esta habilidad menos aún pueden aplicarla de manera sistemática a diversos tipos de problemas (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010: 421-435).

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. HIPÓTESIS GENERAL

H1 Existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida en estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

H0 No existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida en estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

2.3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H1 Existe diferencias en los tipos de cohesión familiar en los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

H0 No existen diferencias en los tipos de cohesión familiar en los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

H2 Existe diferencias en los tipos de adaptabilidad familiar de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

H0 No existen diferencias en los tipos de adaptabilidad familiar de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

H3 Existe diferencias en los tipos de familia de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

H0 No existen diferencias en los tipos de familia de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

H4 Existe diferencias respecto al riesgo suicida de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

H0 No existen diferencias respecto al riesgo suicida de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

H5 Existe diferencias entre funcionamiento familiar con el riesgo suicida de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

H0 No existen diferencias entre funcionamiento familiar con el riesgo suicida de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

2.4. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.4.1.SUICIDIO

Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. Proviene de las expresiones latinas sui y occidere, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo

2.4.2.RIESGO SUICIDA

Se define como la probabilidad que tiene un individuo de cometer un acto suicida a futuro, siendo un acto suicida cualquier acción intencionada con posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida. En la presente investigación está dividida en 3 tipos: No riesgo suicida, tendencia al riesgo suicida y riesgo suicida.

2.4.3.FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Es la manera de interactuar de los miembros de la familia, se produce por las interacciones de la dimensión de cohesión (afecto) y adaptabilidad (autoridad). Se divide en tres tipos de familia; balanceadas, medias y extremas.

2.4.4.COHESIÓN FAMILIAR

Evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Es "el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí". La cohesión se subdivide en familias desligadas, separadas, conectadas y amalgamadas.

2.4.5.ADAPTABILIDAD FAMILIAR

Tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Es: "la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo". La adaptabilidad se subdivide en familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO

3.1.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es de un tipo de estudio descriptivo-correlacional, pues busca especificar propiedades, características y los perfiles de las personas grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis; así como analizar la relación entre dos variables pero con frecuencia se ubican en el estudio relaciones entre tres, cuatro o más variables (Hernández, Fernández & Baptista; 2012:80-81).

3.1.2. TIPO DE DISEÑO

El término diseño se refiere a un plan o estrategia concebida para obtener información que se desea. El presente es un diseño No Experimental de tipo transversal o transeccional correlacional porque recolecta información en un solo momento dado, así como describe relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado ((Hernández, Fernández & Baptista; 2012:151-154). Para efectos de la investigación indaga la relación entre funcionamiento familiar y el riesgo suicida.

Diseño:



Dónde:

X = funcionamiento familiar

Y = riesgo suicida

\textcircled{r} = relación existente (estadístico Chi – cuadrado)

3.2. VARIABLES DE ESTUDIO

3.2.1. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variables de Estudio:

V1 Funcionamiento familiar:

Cohesión familiar: Desligada
Separada
Conectada
Amalgamada

Adaptabilidad familiar: Rígida
Estructura
Flexible
Caótica

Tipos de sistema familiar: Balanceada
Rango medio
Extrema

V2	Riesgo suicida:	No riesgo suicida
		Tendencia al riesgo suicida
		Riesgo suicida
	Variable de control:	
	Sexo:	Femenino
		Masculino
	Edad:	16-19 (adolescentes)
		20-24 (adultos jóvenes)
	Estado civil:	Solteros
		Convivientes
		Casados
	Estudiantes ingresante:	Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina.
	Nivel económico:	Medio
		Bajo y
		Alto
	Vive con:	Familia
		Algunos miembros
		Con pareja y
		Solo (a)

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población, comprende a estudiantes ingresantes a la Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina, que acudieron a la clínica universitaria de la UPLA en el proceso de Admisión 2012-I, cuya población objetiva atendida fue de 774

estudiantes, a quienes se les realizó una evaluación psicológica, entre edades fluctuantes de 16 – 24, en ambos sexos, que viven en la provincia de Huancayo y alrededores.

3.3.1.MUESTRA

Se trata de 216 estudiantes universitarios de ambos sexos, del I ciclo de las diversas carreras profesionales entre ellas de la Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina, entre los 16-19 y 20-24 años de edad. A ellos se aplicó la escala de tendencia suicida y la Prueba de Faces III.

3.3.2. TIPO DE MUESTREO

El muestreo utilizado es probabilístico, de tipo estratificado; cuya muestra estimada fue 216 estudiantes seleccionados de la Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina. Teniendo un índice de confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%.

A continuación se muestran las variables controladas consideradas en la presente investigación como se detalla: Estudiantes ingresante de la Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina, sexo, edad, estado civil, nivel económico y con quien vive.

En la tabla 1 se observa la muestra de estudiantes ingresante a la Facultad de Ciencias de la Salud; conformada por las carreras de Enfermería, Farmacia y Bioquímica, Medicina Veterinaria, Nutrición Humana, Obstetricia, Odontología, Optometría, Psicología, Tecnología Médica y Medicina, los cuales fueron extraídos de manera probabilística; siendo la Carrera Profesional de Farmacia y

Bioquímica la que tiene la mayor muestra representativa con 82 estudiantes evaluados haciendo un 37.96%.

Tabla 1.

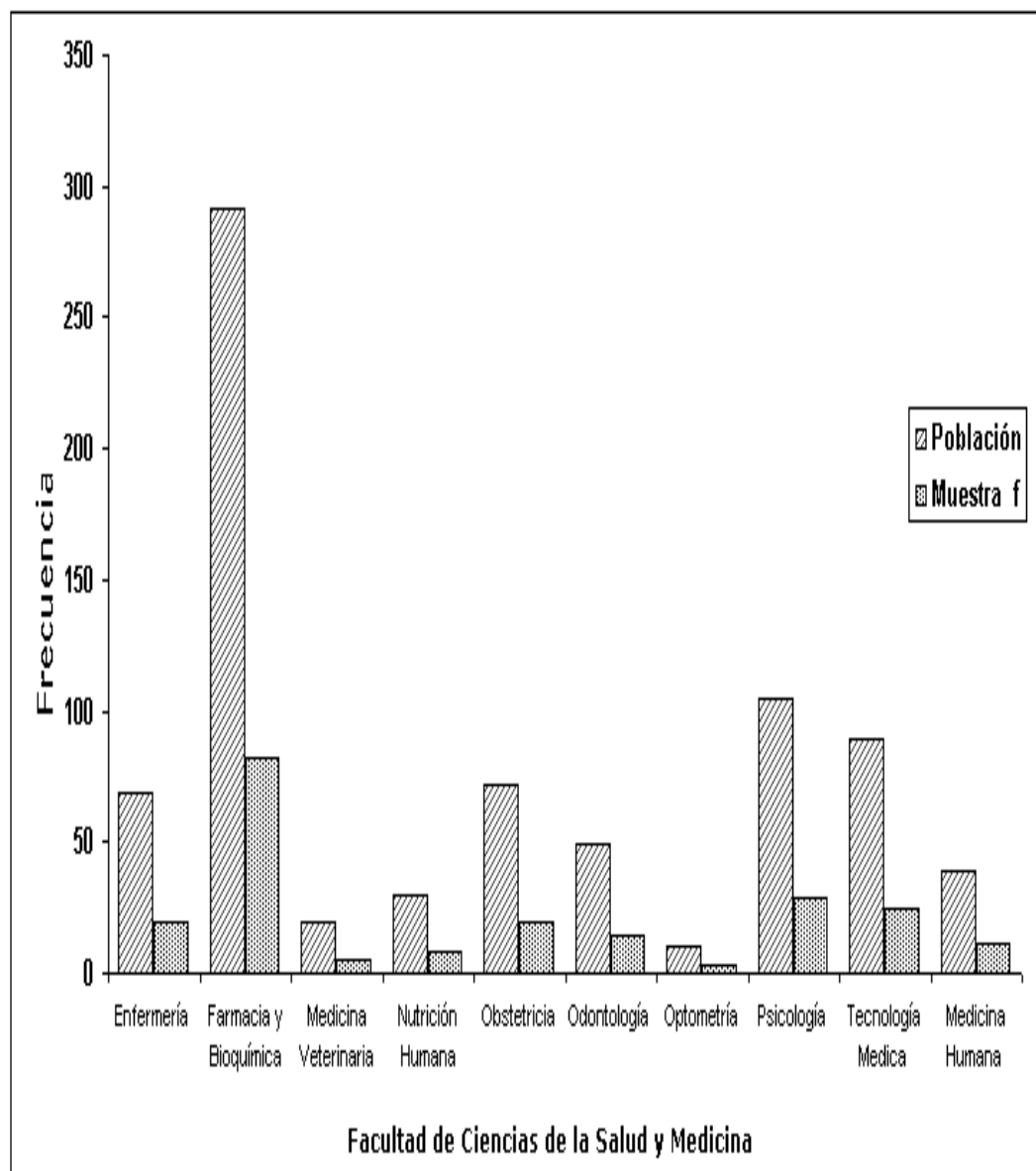
Composición de la muestra según estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina

Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina	Población	Muestra f	Total %
Enfermería	69	19	8.80
Farmacia y Bioquímica	292	82	37.96
Medicina Veterinaria	19	5	2.32
Nutrición Humana	30	8	3.70
Obstetricia	72	20	9.26
Odontología	49	14	6.48
Optometría	10	3	1.38
Psicología	105	29	13.43
Tecnología Médica	89	25	11.58
Medicina Humana	39	11	5.09
Total	774	216	100.00%

En el gráfico 1 se aprecia los estudiantes considerados en la presente investigación teniendo en cuenta las carreras profesionales existentes en la Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina, según la población y muestras extraídas, donde se observa claramente la escuela predominante.

Gráfico 1.

Distribución de la muestra según estudiantes de las diversas escuelas y carreras profesionales



En la tabla 2 que a continuación se observa, se presenta la distribución según el sexo, lo que se aprecia 136 (63.00%) conformada por mujeres y el 80 (37.00%) lo representan el sexo masculino.

Tabla 2.

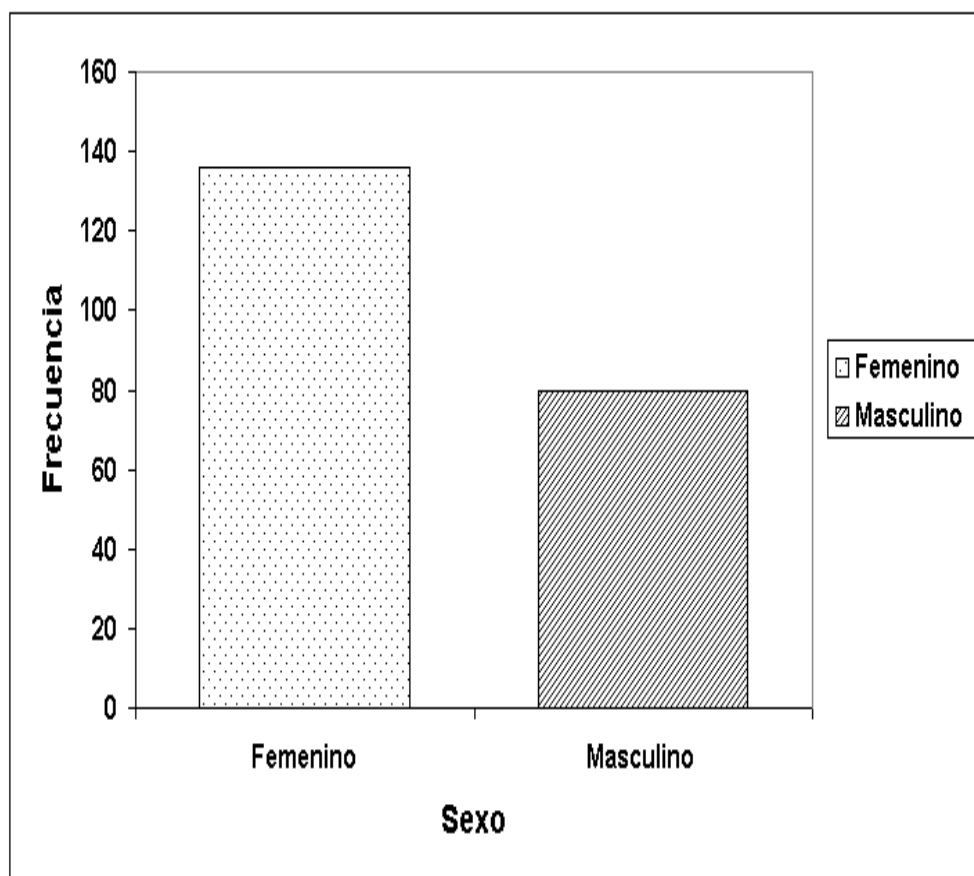
Composición de muestra según sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
		f	%	%
Válidos	Femenino	136	63.00	63.00
	Masculino	80	37.00	37.00
	Total	216	100.00	100.00

Para una mejor visualización de los resultados se presenta el siguiente gráfico que nos indica el sexo predominante (Ver gráfico 2).

Gráfico 2.

Distribución de la muestra según sexo



Según la siguiente tabla que se presenta, se puede interpretar que los grupos de edades forman dos etapas de desarrollo evolutivo los adolescentes que van de 16 a 19 años con 162 estudiantes evaluados y los que están en el grupo de la juventud a partir de 20 a 24 años con 54 estudiantes evaluados.

Tabla 3.

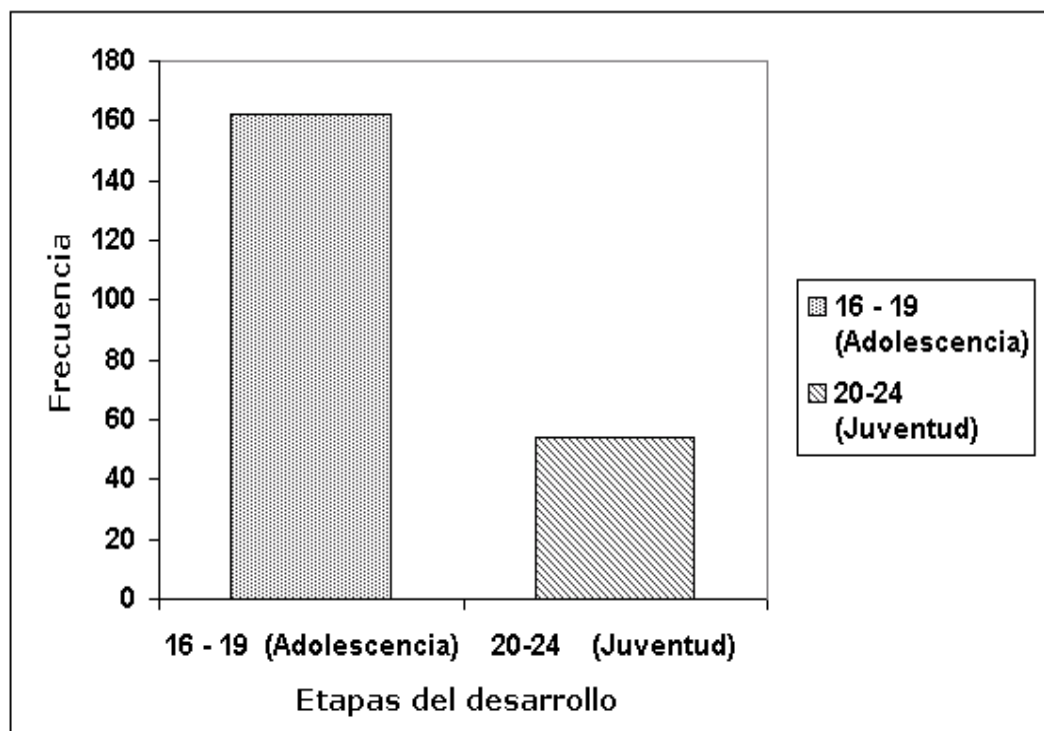
Composición de muestra según edad y etapa de desarrollo evolutivo

Etapas de desarrollo	Frecuencia	Porcentaje
	f	%
16 - 19 (Adolescencia)	162	75.00 %
20 - 24 (Juventud)	54	25.00 %
Total	216	100.00%

El gráfico 3 muestra que el mayor porcentaje de estudiantes evaluados lo encontramos en el grupo evolutivo de adolescentes conformado por el grupo de edades de 16 - 19 años con 162 alumnos correspondiéndole un 75.00% y el otro grupo de edades de 20 -24 años con 54 alumnos correspondiéndole un 25.00 % incluidos en el grupo de juventud.

Gráfico 3.

Distribución de la muestra por edades y etapa de desarrollo evolutivo



En la tabla 4 podemos evidenciar la conformación del estado civil de la muestra, siendo la mayor parte de los estudiantes, condición solteros (as) con 212 evaluados (98%).

Tabla 4.

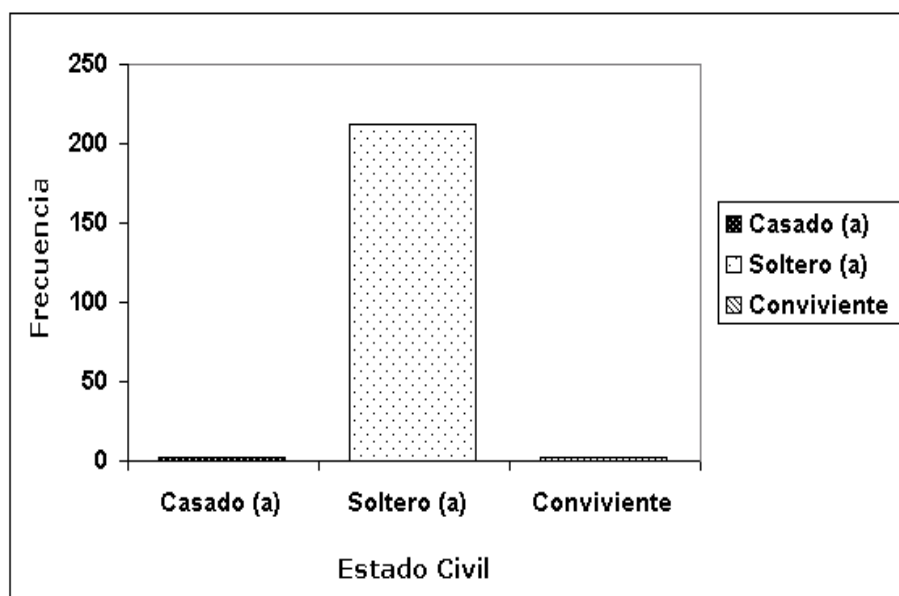
Composición de muestra según estado civil

Estado civil	f	Porcentaje
Casado (a)	2	0.93 %
Soltero (a)	212	98.14 %
Conviviente	2	0.93 %
Total	216	100.00 %

Así mismo en el gráfico 4 se observa que la mayor predominancia de la muestra es la de condición civil soltero (a).

Gráfico 4.

Distribución de la muestra según su estado civil



Según la tabla 5, se evidencia que en los grupos que conforman el nivel económico; el nivel bajo son 186 estudiantes (86.12%), medio con 27 (12.50%) y alto que son 3 estudiantes (1.38%).

Tabla 5.

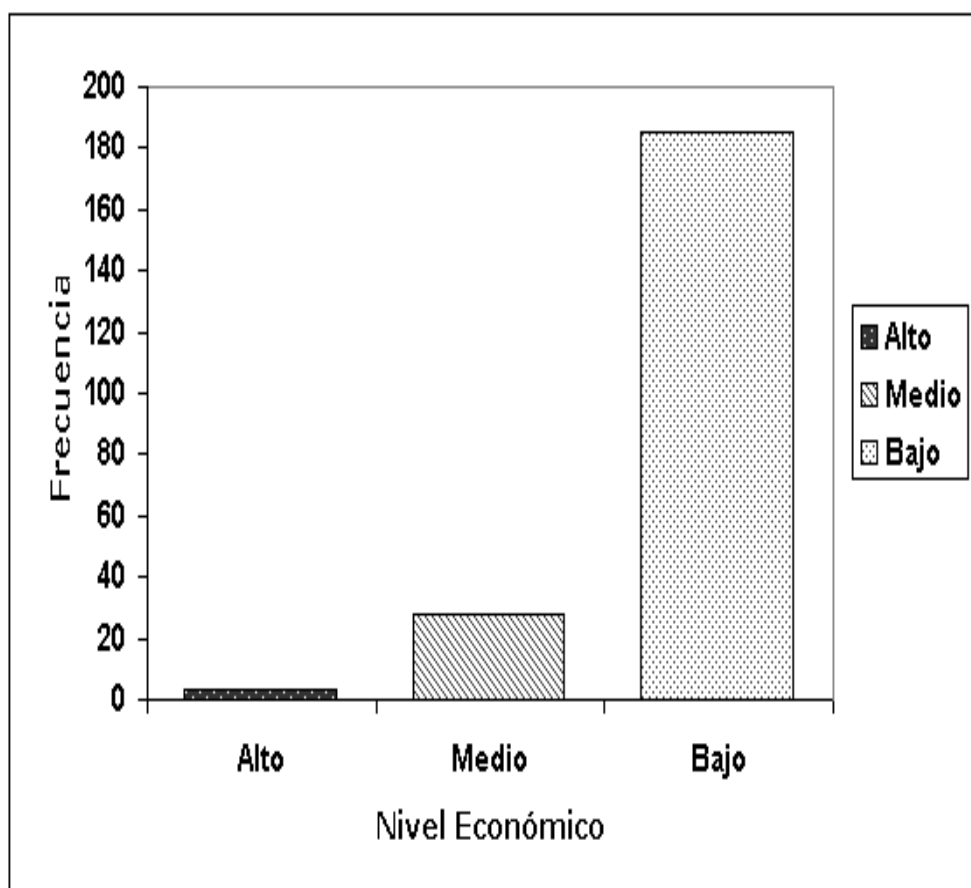
Composición de muestra según nivel económico

Nivel económico	f	Porcentaje
Alto	3	1.38%
Medio	27	12.50%
Bajo	186	86.12%
Total	216	100.00%

El gráfico 5, indica con claridad el nivel económico que predomina en la muestra.

Gráfico 5.

Distribución de la muestra según nivel económico



Según la tabla 6, podemos señalar los grupos conformados por los miembros de familia con quien viven, siendo el mayor grupo los estudiantes que viven con familia, 141 (65.28%) estudiantes entre varones y mujeres. Seguido por algunos miembros con 51 (23.62%), solo (a) con 22 (10.18%) y con pareja (0.92%).

Tabla 6.

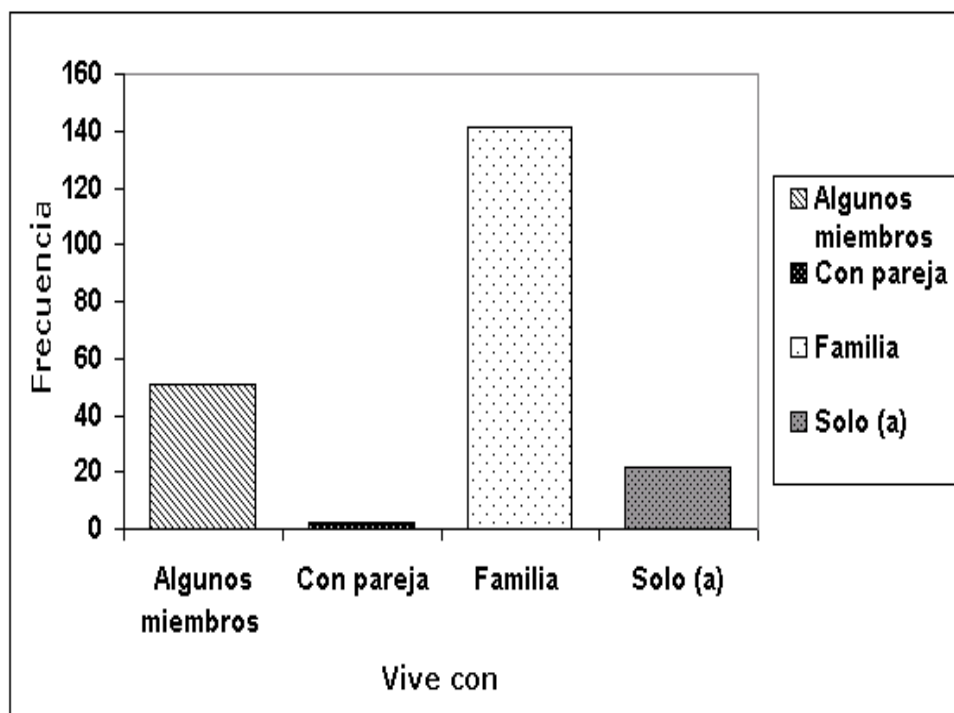
Composición de muestra según con quien viven

Vive con	f	Porcentaje
Algunos miembros	51	23.62%
Con pareja	2	0.92%
Familia	141	65.28%
Solo (a)	22	10.18%
Total	216	100.00%

En el gráfico 6, se observa con claridad, con quien viven nuestros estudiantes; se verifica que la convivencia con la familia es la que prevalece.

Gráfico 6.

Distribución de la muestra según con quien viven



3.4. INSTRUMENTOS Y MATERIALES

Se ha realizado una evaluación psicológica personal y directa, a través de la aplicación de ficha personal, prueba de FACES III y Escala de tendencia al riesgo suicida.

3.4.1. PRUEBA DE FACES III

El modelo circumplejo fue desarrollado por David Olson & sus colegas (1985) como un intento de integrar la investigación, teórica y práctica desde un enfoque sistémico, fue desarrollado para evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar (Tueros, 2004).

La prueba consta de 20 ítems, al analizar la distribución interna de los ítems, encontramos que 10 ítems corresponden a la cohesión (ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, y 19) y 10 ítems a la adaptabilidad (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20).

FICHA TÉCNICA

DOMINIO TEÓRICO Y MODELO :	Sistema Familiar Modelo Circumplejo
NIVEL DE EVALUACIÓN :	La familia como todo
FOCO DE EVALUACIÓN :	Percibido, Ideal; satisfacción
NÚMERO DE ESCALAS :	2
NÚMEROS DE ITEMS :	20 para lo percibido y 20 para lo ideal
NORMAS :	
Muestra normativa :	n = 2453 adultos a través del ciclo de vida n = 412 adolescentes
Clínicas :	Varios tipos de problemas familiares

CONFIABILIDAD

Consistencia interna	:	Cohesión ($r = 0.77$) Adaptabilidad ($r = 0.62$) Total ($r = 0.68$)
Test-retest	:	Faces III (4-5 semanas) 0.83 para cohesión 0.80 para adaptabilidad

VALIDEZ

De presentación	:	Muy buena
De contenido	:	Muy buena
Correlación entre escalas	:	Cohesión y adaptabilidad ($r=0.03$)
Correlación con discapacidad social	:	DS y Adaptabilidad ($r = 0.00$) DS y cohesión ($r = 0.39$)
Validez concurrente	:	No hay evidencias
Correlación entre los miembros de la familia:		X = Esposo/Esposa/Adolescente ($r=370$) Cohesión ($r = 0.41$) Adaptabilidad ($r=0.25$)
Discriminación entre grupos	:	Muy buena

UTILIDAD CLÍNICA

Aplicabilidad de escala de auto-reporte	Muy buena
Corrección	Muy fácil
Escala de puntuación	Si

DESCRIPCIÓN

Es la tercera versión de una serie de Pruebas del Faces, desarrollada para evaluar las dos dimensiones mayores del modelo circumplejo como son cohesión y adaptabilidad familiar. El modelo circumplejo fue desarrollado por David Olson y sus colegas, como un intento de integrar investigación, teoría y práctica. El modelo permite que una persona clasifique a las familias en tres grupos generales, que corresponden a familias balanceadas, de rango medio y familias extremas.

Distribución de Ítems:

La prueba consta de 20 ítems; al analizar la distribución interna de los ítems, encontramos que 10 corresponden a cohesión y 10 a adaptabilidad. Los resultados relativos a la dimensión de cohesión se distribuye en 2 ítems para cada uno de los siguientes aspectos: lazos emocionales (11-19), límites familiares (7-5), intereses comunes y recreación (13-15), coaliciones (1-17), tiempo y amigos (9-3). En lo relativo a adaptabilidad, se distribuye en dos ítems para cada uno de los siguientes aspectos: liderazgo (6-18), control (12-2) y disciplina (4-10), y 4 ítems para roles y reglas de relación (8-14-16-20).

VALIDEZ DE CONSTRUCCIÓN

Una de las mayores metas al desarrollar el Faces III fue reducir la correlación entre cohesión y adaptabilidad para llevarla tan cerca de cero (0) como fuera posible. Del Faces II ($r = .65$) esta correlación se redujo casi a cero en el faces III ($r = .03$). Así, resultaron dos dimensiones claramente independientes, generando una buena distribución de los valores de estas dos dimensiones.

La traducción, estudio teórico de la prueba y validación para adaptarla al medio latino se ha realizado en Colombia (1987), a través de un estudio piloto con

203 familias y 553 individuos distribuidos a lo largo del ciclo vital, y se han presentado posteriormente como proyecto de investigación en la Universidad San Tomás en dicho año. El estudio concluye que han encontrado entre ambas nacionalidades (colombianas y norteamericanas) varias similitudes como: edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, ocupación y similitud en relación a la percepción acerca del funcionamiento familiar. Los resultados, según el estudio, han demostrado que el porcentaje de familias es similar entre las dos culturas comparadas.

CONFIABILIDAD

En el Perú el Faces II fue corregido y aplicado en familias del cono Norte de Lima por Malamud (1987); el estudio determinó la confiabilidad de la prueba por consistencia interna, calculando el coeficiente Alpha de Cronbach que fue de 0.67 para cohesión y de 0.75 para adaptabilidad.

La adaptación del Faces III fue realizada por Reusche (1994). Se usó el coeficiente Alpha de Cronbach para cada una de las dimensiones (cohesión y adaptabilidad). Se compararon dos muestras y se obtuvieron puntajes que demuestran la consistencia interna de la prueba. La confiabilidad, determinada por test retest, con intervalo de 4 a 5 semanas, arrojó como cohesión 0.83 y para adaptabilidad 0.80. Por lo cual se afirma que el Faces III es confiable respecto al funcionamiento familiar.

Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell y Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena (2003), este estudio muestra la validez y la confiabilidad de la versión española de la prueba de FACES III. En

efecto, el coeficiente Alpha de Cronbach obtenido fue de 0.55 considerado aceptable. La validez de constructo fue estimada a partir del análisis factorial de los componentes principales, encontrándose los mismos dos factores identificados en la escala original. Cuando se realiza un análisis factorial de 2º orden, se obtiene una validez explicada de 47.67%. Validez y confiabilidad de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson, para la escuela de Psicología de la Universidad César Vallejo de Trujillo (2005), se obtuvo a través del método de las mitades (métodos Split Half de Guttman), que consistió en hallar el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos mitades de ítems agrupados en ítems pares e ítem impares, donde se obtuvo un coeficiente de 0.7119, para luego corregirlo con la fórmula de Spearman Brown, donde se obtuvo un coeficiente de 0.8109 lo que permite afirmar que el instrumento es confiable. La validez de la prueba de Faces III, se obtuvo a través del análisis de correlación ítems test, utilizando para ello el estadístico del Producto Momento de Pearson. Donde se determinó que los 40 ítems de la versión original eran válidos, es decir que obtuvieron un índice de validez mayor o igual a 0.20.

Así mismo para la presente investigación se realizó la validez y confiabilidad del instrumento: Prueba de Faces III para el diagnóstico de funcionamiento familiar en un grupo piloto de 50 estudiantes con las mismas características de la muestra; para ello se utilizó el coeficiente Alpha de Cronbach que fue de:

$r_{II} =$	0.7180 (Cohesión)
------------	-------------------

$r_{II} =$	0.7465 (Adaptabilidad)
------------	------------------------

Interpretándose que existe una confiabilidad **ALTA** en las variables cuantitativas de la Prueba de Faces III. Es decir el 0.7180 y 0.7465 que es equivalente al 71.00% y 74.00% de confiabilidad que tiene el Instrumento de medición para determinar el funcionamiento familiar. Tal como se aprecia en la siguientes tablas.

Tabla 7.

Resultados estadísticos de confiabilidad de cohesión

Alpha de Cronbach	Coeficiente de confiabilidad	Nº de elementos
	0.7180	50

* $p < .05$ No hay significatividad

Tabla 8.

Resultados estadísticos de confiabilidad de adaptabilidad

Alpha de Cronbach	Coeficiente de confiabilidad	Nº de elementos
	0.7465	50

* $p < .05$ No hay significatividad

VALIDEZ DE LA PRUEBA DE FACES III

A. ANÁLISIS ESTADÍSTICO ÍTEM POR ÍTEM

Para encontrar la validez del instrumento se utilizó la **r de Pearson** y se procedió del siguiente modo:

1. Tratamiento estadístico utilizando la relación ítem test con la finalidad de conocer la relación de cada ítem con el total de la prueba.
2. Se encontró que en todos los casos existía relación significativa lo cual probó la validez del ítem.

A continuación se presenta las siguientes tablas con los resultados obtenidos en el procesamiento estadístico **r de Pearson**, en el área de cohesión y adaptabilidad.

Tabla 9.

Validez, ítem por ítem de la prueba de Faces III: Área de Cohesión

Nº	R Hallada	R Tabla	GL 48	NS 0.05	Significatividad
1	0.5786	0.2875	48	0.05	Significativa
3	0.4028	0.2875	48	0.05	Significativa
5	0.6287	0.2875	48	0.05	Significativa
7	0.3266	0.2875	48	0.05	Significativa
9	0.6723	0.2875	48	0.05	Significativa
11	0.7345	0.2875	48	0.05	Significativa
13	0.7378	0.2875	48	0.05	Significativa
15	0.6535	0.2875	48	0.05	Significativa
17	0.6756	0.2875	48	0.05	Significativa
19	0.4375	0.2875	48	0.05	Significativa

Leyenda:

Nº = número de ítems

R Hallada = coeficiente de correlación de Pearson

R Tabla = coeficiente mínimo esperado para saber si hay significatividad o no.

GL = Grado de libertad

NS = Nivel de significancia

Tabla 10.

Validez, ítem por ítem de la prueba de Faces III: Área de Adaptabilidad

Nº	R Hallada	R Tabla	GL 48	NS 0,05	Significatividad
2	0.4083	0.2875	48	0.05	Significativa
4	0.4563	0.2875	48	0.05	Significativa
6	0.3935	0.2875	48	0.05	Significativa
8	0.5977	0.2875	48	0.05	Significativa
10	0.6031	0.2875	48	0.05	Significativa
12	0.5376	0.2875	48	0.05	Significativa
14	0.4525	0.2875	48	0.05	Significativa
16	0.4156	0.2875	48	0.05	Significativa
18	0.4156	0.2875	48	0.05	Significativa
20	0.4745	0.2875	48	0.05	Significativa

Leyenda:

Nº = número de ítems

R Hallada = coeficiente de correlación de Pearson

R Tabla = coeficiente mínimo esperado para saber si hay significatividad o no.

GL = Grado de libertad

NS = Nivel de significancia

ADMINISTRACIÓN Y CORRECCIÓN

El instrumento es fácil de administrar y simple de calificar. Se puede administrar sobre una base individual, en situaciones tales como cuando una familia o una pareja son vistas en una sesión, o cuando participan en proyectos de investigación. Se puede usar en grupos grandes tales como estudiantes en clase o familias que responden a un estudio por correo.

La prueba es de aplicación individual y grupal, puede ser resuelto en 15 minutos. La corrección es la suma simple del valor atribuido a cada ítem: Casi nunca (1), De vez en cuando (2), Algunas veces (3), Frecuentemente (4) y Casi siempre (5). Los ítems impares evalúan cohesión, los pares, adaptabilidad. El puntaje directo se convierte en tipos de cohesión y adaptabilidad, tal como se observa en la tabla siguiente:

Tabla 11.

Puntuaciones diagnósticas para la Prueba de Faces III: área de cohesión y adaptabilidad

COHESIÓN		ADAPTABILIDAD	
Amalgamada	46-50	Caótica	29-50
Conectada	41-45	Flexible	25-28
Separados	35-40	Estructurada	20-24
Desligados	10-34	Rígida	10-19

INTERPRETACIÓN

Olson (1985) considera que la interacción de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad condiciona el funcionamiento familiar. Cada una de estas dimensiones tienen 4 rasgos y su combinación determina tres niveles de funcionamiento familiar.

3.4.2. ESCALA DE TENDENCIAS SUICIDAS DE POLDINGER

FICHA DE DATOS: Escala de tendencias suicidas de Poldinger

NÚMERO DE ITEMS: 16 ítems

APLICACIÓN : Entrevista clínica mediante interrogatorio
Protocolo de diagnóstico rápido

FORMA DE RESPUESTA: En el primer caso, el entrevistador anota la respuesta en el cuadro correspondiente, pudiendo solicitar mayor información que se considere más relevante a la respuesta emitida. En el segundo caso, el paciente anotará sus respuestas en los espacios correspondientes de sí o no.

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA

La escala de tendencias suicidas, contiene 16 preguntas que permiten apreciar la suicidabilidad. Esta escala fue desarrollada por Poldinger (RFA, 1980) para aplicarlo en el proceso terapéutico de los trastornos psicosomáticos y en los casos de depresión profunda.

ADMINISTRACIÓN

La escala de tendencias al suicidio puede aplicarse bajo dos modalidades, como parte de la entrevista clínica mediante el interrogatorio o utilizando un protocolo de diagnóstico rápido donde se anotará las respuestas correspondientes de sí o no.

CALIFICACIÓN

De acuerdo a la escala elaborada por Poldinger la calificación del instrumento se procede de la siguiente manera:

- a. Se suman las respuestas positivas y negativas obteniendo un resultado global.
- b. El resultado global se multiplica por una constante de 6.25 que va a darnos una probabilidad de ocurrencia de llevar a cabo la conducta suicida.

Asumiendo el autor como puntuación lo siguiente:

- ✓ Anotar un punto por cada respuesta Si del 1 al 11 y colocar en N1.
- ✓ Anotar un punto por cada respuesta No del 12 al 16 y colocar en N2.
- ✓ Sumar $N1 (\quad) + N2 (\quad) = \underline{\hspace{2cm}} \times 6.25 = \underline{\hspace{2cm}}$
- ✓ El autor plantea los siguientes intervalos de calificación para determinar si existe o no riesgo de suicidio:

0 a 25	No hay riesgo
30 a 50	Tendencia al riesgo suicidio
55 a 80	Riesgo de suicidio
85 a 100	Alta probabilidad de riesgo suicidio

Después de la aplicación piloto para determinar la validez y confiabilidad del instrumento se vio por conveniente la adaptación del instrumento en lo referente a la redacción, estilo lingüístico y los puntajes para la determinación diagnóstica si existe o no riesgo suicida.

PROCESO DE ADAPTACIÓN DE ESCALA DE TENDENCIA SUICIDA DE POLDINGER

Se procedió de la siguiente manera:

1. Respecto a que algunos ítems de esta prueba no eran entendidos en su totalidad, se procedió a la adaptación lingüística. Con una muestra de 50 sujetos a los cuales se les preguntó si entendían los ítems, la redacción de los ítems fue modificada y aplicada nuevamente a la misma muestra piloto, en esta ocasión los ítems fueron comprendidos.
2. En cuanto a la calificación de la prueba para establecer los niveles de categoría diagnóstica; se procedió en función de la Media y DS.
3. De los datos obtenidos de la aplicación piloto se extrajo la media y la desviación estándar. Este proceso se realizó teniendo en cuenta que los puntajes obtenidos en la prueba piloto arroja una curva normal.

Media	:	4
D.S.	:	3

4. Resultando lo siguiente respecto a la calificación:

- ✓ Responde del 1 a 11 SI, le corresponde 1 punto.
- ✓ Responde del 12 al 16 NO, le corresponde 1 punto.

Esto debido a la dirección del ítem

5. Después de establecer los parámetros para determinar el intervalo para cada uno de los niveles de riesgo suicida, se concluye la siguiente categoría

diagnóstica:	0 – 3	No riesgo suicida
	4 – 7	Tendencia al riesgo suicida
	8 a más	Riesgo Suicida

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE TENDENCIA SUICIDA DE POLDINGER:

Para el presente estudio se utilizó el coeficiente de Confiabilidad de Kuder - Richarson, se trabajó con un grupo piloto de 50 estudiantes con características semejantes a la muestra:

- ✓ Edad: 16-19 (adolescentes) y 20-24 (adultos jóvenes)
- ✓ Estado civil: Solteros, convivientes y casados
- ✓ Estudiantes ingresantes a la Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina.
- ✓ Nivel económico: medio, bajo y alto
- ✓ Vive con: Familia, algunos miembros, con pareja y solo (a)

Luego se procedió a encontrar la confiabilidad de los datos. Para ello se hizo uso de la prueba de Kuder-Richardson que es específica para instrumentos dicotómicos o de dos alternativas. El coeficiente resultante se interpreta como confiabilidad **ALTA** en las variables cuantitativas de la Escala de Tendencia

Suicida. Es decir el 0.7163 que es equivalente a 71.00% de confiabilidad que tiene el Instrumento de medición para determinar la variable de Riesgo Suicida, tal como se aprecia a continuación:

$r_{II} =$	0.7163
------------	--------

Tabla 12.

Resultados estadísticos de confiabilidad de la escala de tendencia suicida

Kuder-Richarson	Coeficiente de confiabilidad	Nº de elementos
	0.7163	50

* $p < .05$ No hay significatividad

VALIDEZ DE LA ESCALA DE TENDENCIA SUICIDA DE POLDINGER

A. ANÁLISIS ESTADÍSTICO ÍTEM POR ÍTEM

Para encontrar la validez del instrumento se utilizó la **r de Pearson** y se procedió del siguiente modo:

1. Se aplicó la escala de tendencia suicida de Poldinger, tal como fue planteada por el autor, a un grupo de 50 estudiantes.
2. Se encontró que tales ítems no eran respondidos en su mayoría de los participantes de la prueba piloto, solicitándoles a los participantes que si no entendían una palabra o frase la marcaran poniendo entre paréntesis que “no se comprende”.
3. Se modificó la redacción de dichos ítems sin cambiar el sentido de los mismos, a través de criterio de jueces.
4. Se procedió a la nueva aplicación de la escala de tendencia suicida, al mismo grupo, esta vez sin observación, pues todos los ítems fueron entendidos por los participantes.

5. Se procedió al tratamiento estadístico utilizando la relación ítem test con la finalidad de conocer la relación de cada ítem con el total de la prueba.
6. Se encontró que en todos los casos existía relación significativa lo cual probó la validez del ítem.

A continuación se presenta la tabla 13 con los resultados obtenidos en el procesamiento estadístico r de Pearson.

Tabla 13.

Validez, ítem por ítem de la escala de tendencias suicidas de Poldinger

Nº	R Hallada	R Tabla	GL 48	NS 0.05	Significatividad
1	0.7254	0.2875	48	0.05	Significativa
2	0.6035	0.2875	48	0.05	Significativa
3	0.5896	0.2875	48	0.05	Significativa
4	0.441	0.2875	48	0.05	Significativa
5	0.5331	0.2875	48	0.05	Significativa
6	0.3495	0.2875	48	0.05	Significativa
7	0.636	0.2875	48	0.05	Significativa
8	0.4347	0.2875	48	0.05	Significativa
9	0.3256	0.2875	48	0.05	Significativa
10	0.5688	0.2875	48	0.05	Significativa
11	0.459	0.2875	48	0.05	Significativa
12	0.4838	0.2875	48	0.05	Significativa
13	0.5137	0.2875	48	0.05	Significativa
14	0.3413	0.2875	48	0.05	Significativa
15	0.4211	0.2875	48	0.05	Significativa
16	0.3832	0.2875	48	0.05	Significativa

Leyenda:

Nº = número de ítems

R Hallada = coeficiente de correlación de Pearson

R Tabla = coeficiente mínimo esperado para saber si hay significatividad o no.

GL = Grado de libertad

NS = Nivel de significancia

3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

En la presente investigación se empleó la estadística descriptiva, tanto las medidas de tendencia central, y de variación; como la media aritmética y la desviación estándar respectivamente. Se emplearon también tablas de contingencia como porcentajes y frecuencias.

Para la confiabilidad de los instrumentos se empleó el coeficiente de Alpha de Cronbach y el coeficiente de Kuder-Richarson; la primera para encontrar la confiabilidad de la Prueba de Faces III de Olson (funcionamiento familiar) y la segunda para hallar la confiabilidad de la escala de tendencia suicida de Poldinger. Respecto a la validez se hizo uso de la r de Pearson para ambos instrumentos.

Para la prueba de Hipótesis se utilizó la estadística diferencial, específicamente la Chi Cuadrada por tratarse de variable nominales.

3.6. PROCEDIMIENTOS EN LA INVESTIGACIÓN

Se aplicó a los estudiantes; una ficha y dos pruebas correspondientes a la medición de funcionamiento familiar y riesgo suicida.

Se ha seguido los siguientes pasos:

- ✓ Primero se hizo las coordinaciones pertinentes con las autoridades de la Clínica de la Universidad Peruana Los Andes para la acreditación correspondiente.
- ✓ Una vez autorizada se realizó la revisión de las pruebas para su aplicación.
- ✓ Luego se seleccionó la muestra, considerando los criterios establecidos.
- ✓ Consentimiento del grupo muestral.
- ✓ Se aplicó la Prueba de Faces III basado en el modelo circunplejo de Olson y Escala de tendencias suicida de Poldinger.
- ✓ Posteriormente se procedió a la calificación de ambas pruebas y criterios diagnósticos de las mismas.
- ✓ Se procedió al procesamiento estadístico de los datos obtenidos.
- ✓ Se realizó el análisis e interpretación de los resultados.
- ✓ Se redactó el informe (tesis) que consignó toda la información y datos obtenidos en la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A continuación presento los resultados a los que he llegado en la investigación vinculado a los objetivos e hipótesis. Considero el orden: los aspectos específicos y concluyo con los generales.

4.1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1.1. EN RELACIÓN A LA MUESTRA

Al analizar el total de la muestra conformada por 216 estudiantes y la distribución de frecuencias y porcentajes de los tipos de cohesión familiar (ver tabla 14) se puede observar, que el tipo de cohesión Desligada (con 91 estudiantes) alcanza un porcentaje de 42.12 % ligeramente mayor comparado con los demás tipos de cohesión; seguida por el tipo de cohesión Separada (con 64 estudiantes) con un porcentaje de 29.63%. Los tipos de cohesión Conectada (con 45 estudiantes) y Amalgamada (con 16 estudiantes) alcanza el 20.84% y 7.41% respectivamente en la población evaluada; siendo el tipo de cohesión Desligada la que predomina. Por lo que, respecto al planteamiento de la Hipótesis Específica 1, se acepta la H1 ya que existen diferencias en los diversos tipos de cohesión familiar. Siendo la más predominante la Cohesión Desligada, en donde hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad y alta independencia familiar.

Tabla 14.

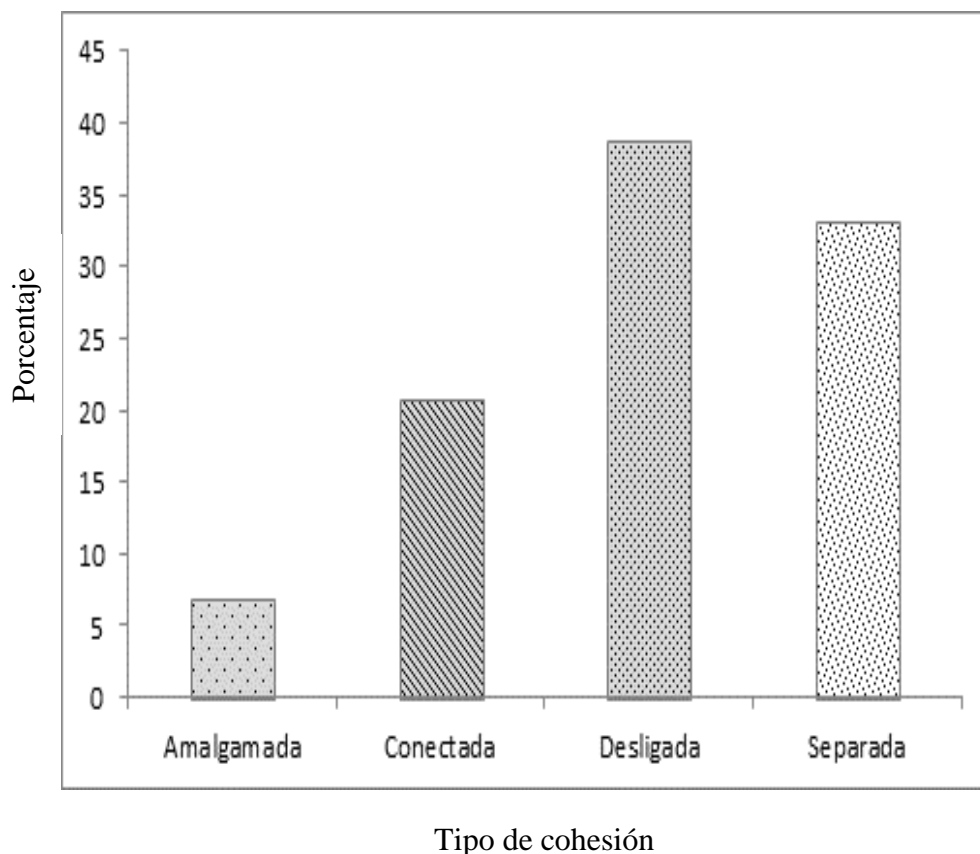
Tipo de cohesión familiar que predomina en los estudiantes

	f	Porcentaje %
Amalgamada	16	7.41
Conectada	45	20.84
Separada	64	29.63
Desligada	91	42.12
Total	216	100.00

Para una mejor visualización de los resultados se presenta el siguiente gráfico (ver gráfico 7).

Gráfico 7.

Distribución de porcentaje de la muestra según el tipo de cohesión familiar



En cuanto al tipo de adaptabilidad que predomina, se puede observar que prepondera el tipo de adaptabilidad caótica (con 113 estudiantes) que representa el 52.31% de la población evaluada, seguida del tipo de adaptación flexible (con 50 estudiantes) y estructurada (con 39 estudiantes), 23.14% y 18.06% respectivamente; finalmente el tipo de adaptación menos predominante (con 14 estudiantes) es la rígida, que en la población evaluada alcanza a un 6.49%. Por lo que respecto al planteamiento de la Hipótesis Específica 2, se acepta la H2 ya que existen diferencias en los diversos tipos de adaptabilidad familiar, siendo bastante significativa; ya que el tipo de adaptabilidad caótica sobrepasa el 52.31% de los estudiantes evaluados, presentándose en este grupo características de liderazgo limitado e ineficaz, disciplina poco severa, decisiones parentales impulsivas, falta de claridad en las funciones e inversiones en los mismos, y frecuentes cambios en las reglas.

En el gráfico 8 se puede apreciar mejor esta diferencia.

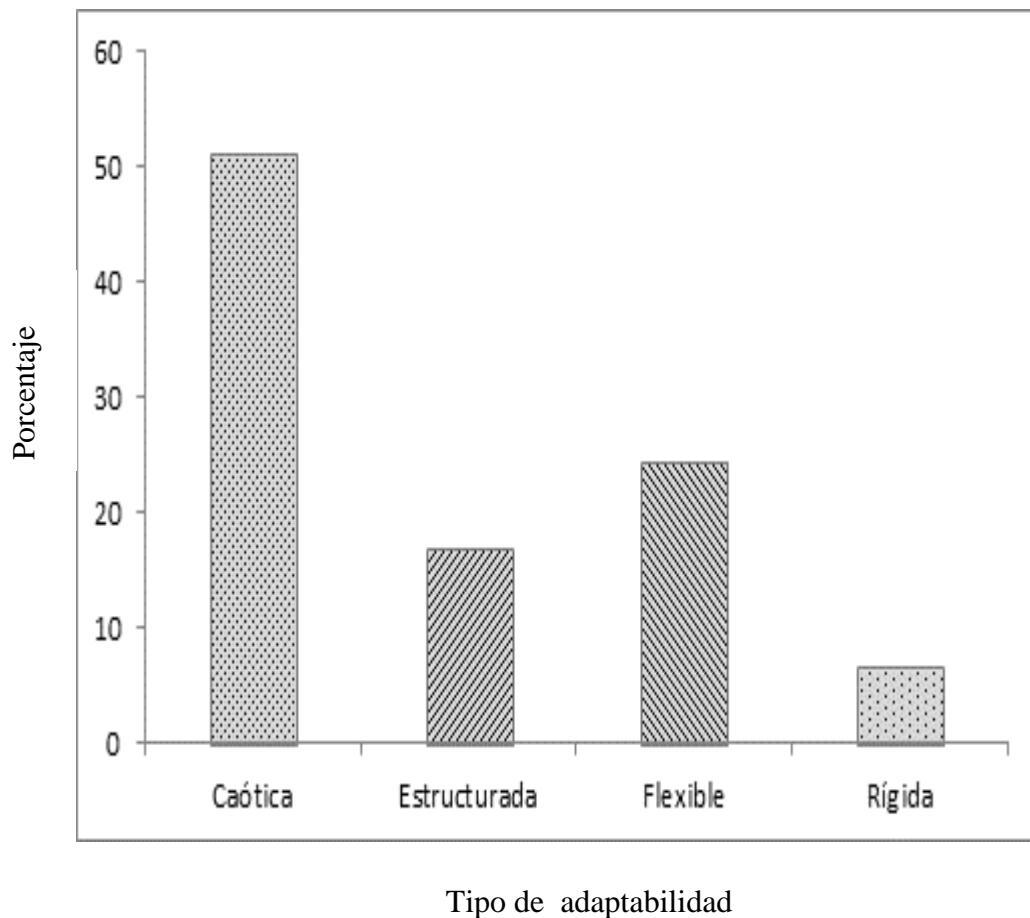
Tabla 15.

Tipo de adaptabilidad familiar que predomina en los estudiantes

Adaptabilidad	f	Porcentaje %
Caótica	113	52.31
Estructurada	39	18.06
Flexible	50	23.14
Rígida	14	6.49
Total	216	100.00

Gráfico 8.

Distribución de porcentaje de la muestra según el tipo de adaptación familiar



Al analizar la distribución de frecuencias y porcentajes respecto al funcionamiento familiar global, se evidencia (tabla 16) el predominio del tipo de funcionamiento familiar Rango Medio con 114 estudiantes evaluados (52.78%) caracterizado por familias flexiblemente dispersas, flexiblemente aglutinada, caóticamente separada, caóticamente conectada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada y rígidamente conectada. En segundo lugar se encuentra el tipo de funcionamiento familiar Extrema con 59 estudiantes evaluados (27.32 %), seguida con un porcentaje casi similar por el tipo de funcionamiento familiar Balanceada con 43 estudiantes evaluados (19.91%).

La primera de ellas (Extrema) caracterizada por familias caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa y rígidamente aglutinada, las cuales tienen un funcionamiento menos adecuado. Mientras que el tipo de familia Balanceada se caracteriza por familias flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y estructuralmente conectada.

Por lo que respecto al planteamiento de la Hipótesis Específica 3, se acepta la H3 ya que existen diferencias en los diversos tipos de familia, concluyendo que el tipo de familia que predomina en los estudiantes universitarios de la Universidad Peruana Los Andes es de Rango Medio.

Tabla 16.

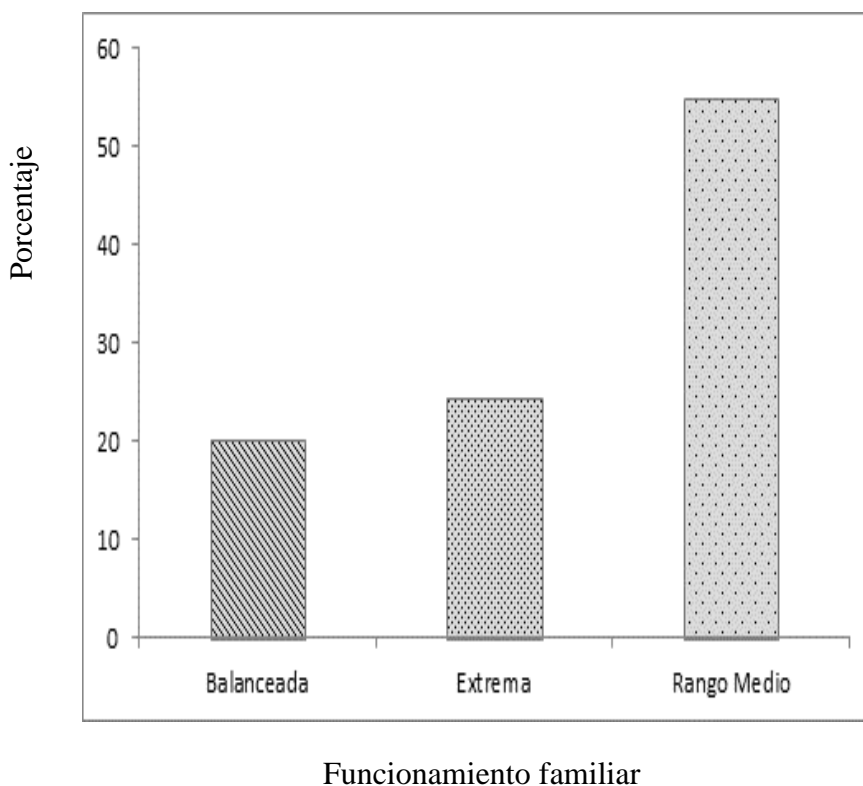
Composición de la muestra en relación al funcionamiento familiar según el Tipo de familia.

Tipo de Familia	f	Porcentaje
		%
Balanceada	43	19.91
Extrema	59	27.32
Rango Medio	114	52.78
Total	216	100.00

En gráfico 9 se puede observar de forma más clara estos resultados.

Gráfico 9.

Distribución de porcentaje de la muestra según el funcionamiento familiar



En cuanto al diagnóstico según la escala de tendencia suicida de Poldinger para determinar la variable riesgo suicida en la población evaluada, la tabla 17 muestra que la mayor parte de estudiantes evaluados 138 (63.88%) no presenta una inclinación al riesgo suicida, sin embargo se observa que un 31.48% indica una tendencia al riesgo suicida y un 4.64% se presenta como riesgo suicida.

Por lo que con respecto al planteamiento de la Hipótesis Específica 4, se acepta la H4 ya que existen diferencias en relación al Riesgo Suicida; concluyendo que, según el diagnóstico de la escala de tendencia al riesgo suicida de Poldinger, el tipo diagnóstico de No Riesgo suicida es el que predomina en la población evaluada.

En el gráfico 10 se puede observar de la forma más clara, estos resultados.

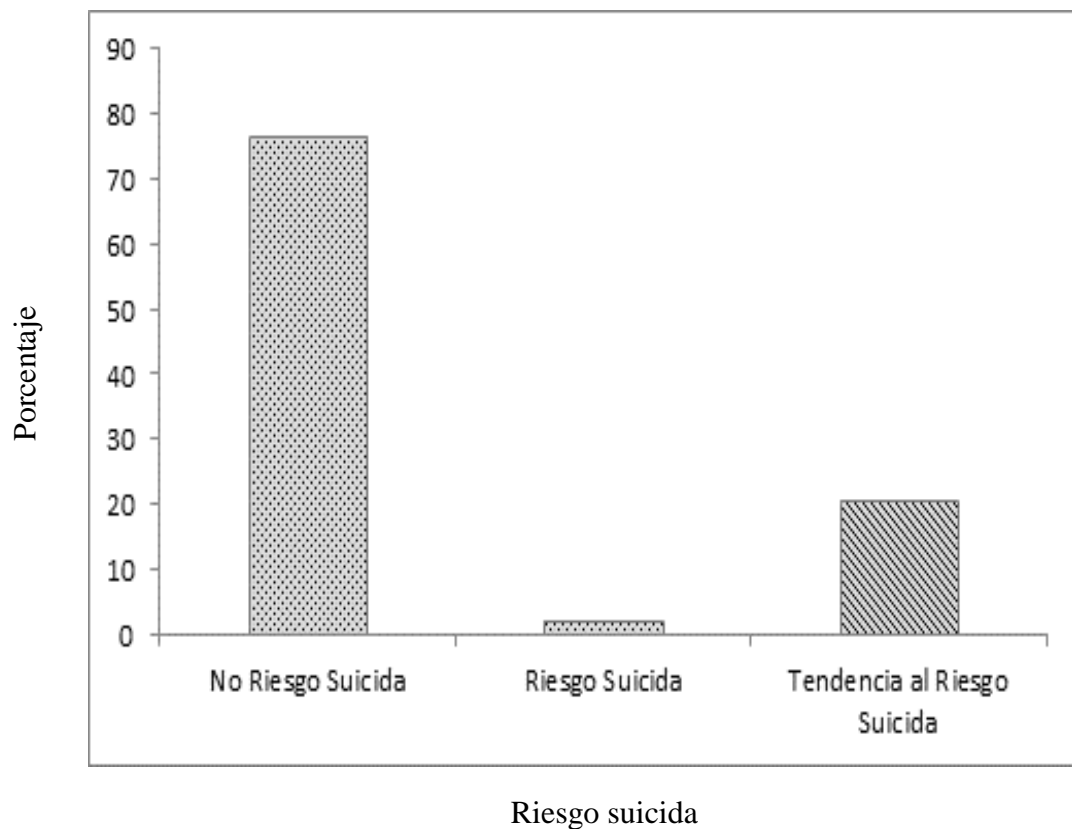
Tabla 17.

Composición de la muestra en relación al resultado de la Escala de Tendencia Suicida de Poldinger según diagnóstico

Diagnóstico	f	Porcentaje %
No Riesgo Suicida	138	63.88
Riesgo Suicida	10	4.64
Tendencia al Riesgo Suicida	68	31.48
Total	216	100.00

Gráfico 10.

Predominancia de la muestra según el diagnóstico de la Escala de tendencia suicida de Poldinger



Al realizar una comparación descriptiva entre las variables de riesgo suicida con el funcionamiento familiar encontramos; respecto al No Riesgo Suicida el tipo de familia que predomina es de Rango Medio con 74 estudiantes (53.62%), seguido de Extrema con 34 estudiantes (24.64%) y Balanceada con 30 estudiantes (21.74%). Haciendo un total de 138 estudiantes evaluados que hacen el 100%.

Tabla 18.

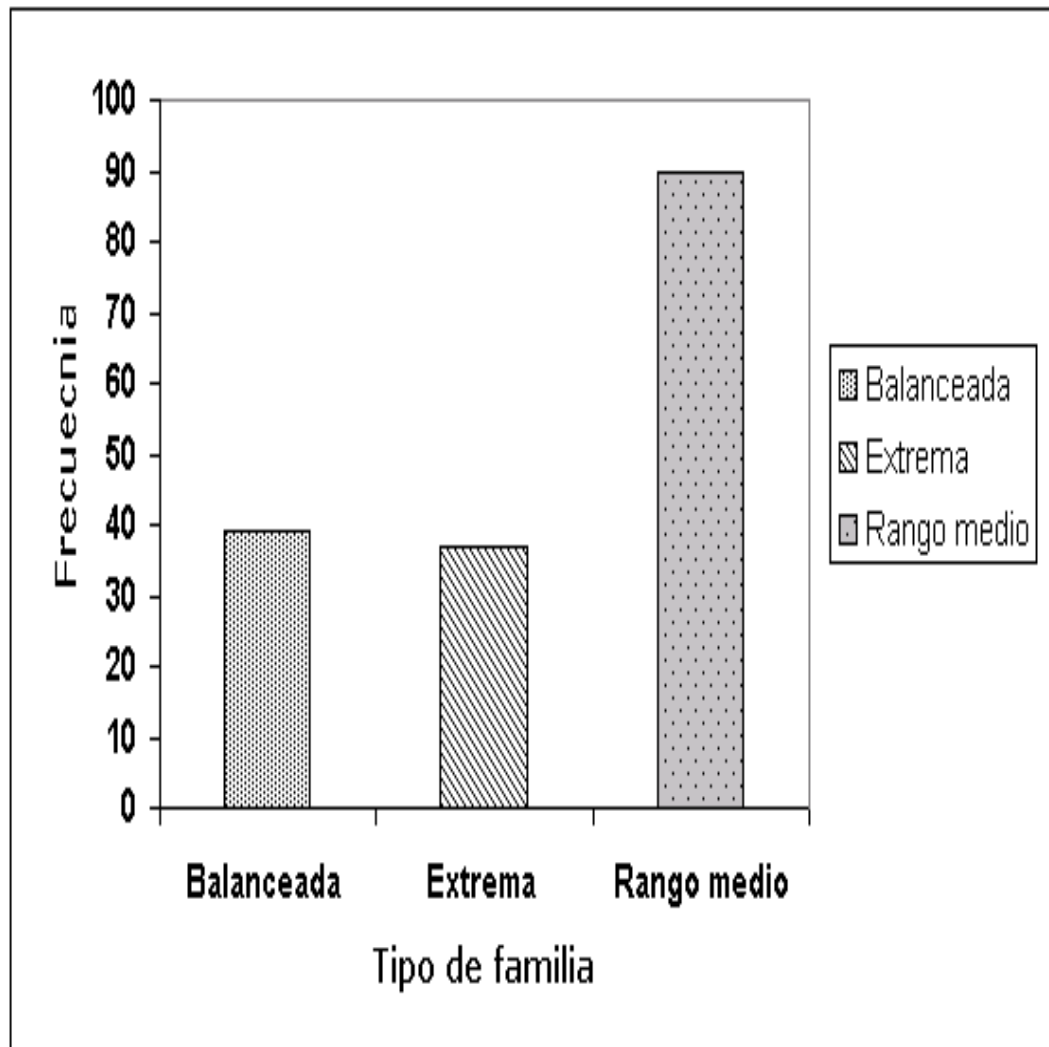
Tipos de familia según diagnóstico de No Riesgo Suicida, frecuencia y porcentajes

Tipo de familia	Diagnóstico de No Riesgo Suicida f	Porcentaje %
Balanceada	30	21.74%
Extrema	34	24.64%
Rango medio	74	53.62%
Total	138	100.00%

En el gráfico 11 se puede observar con mayor precisión y de forma más clara los resultados predominantes, respecto al diagnóstico de no riesgo suicida.

Gráfico 11.

Tipo de familia predominante según diagnóstico de No Riesgo Suicida



Así mismo en relación a la Tendencia de Riesgo suicida encontramos que el tipo de familia que predomina es la que a continuación se detalla; Rango Medio 35 estudiantes evaluados (51.47%), seguido de Extrema con 22 estudiantes (32.35%) y Balanceada con 11 evaluados (16.17%) que hacen un total de 68 estudiantes que fueron evaluados haciendo el 100%.

Tabla 19.

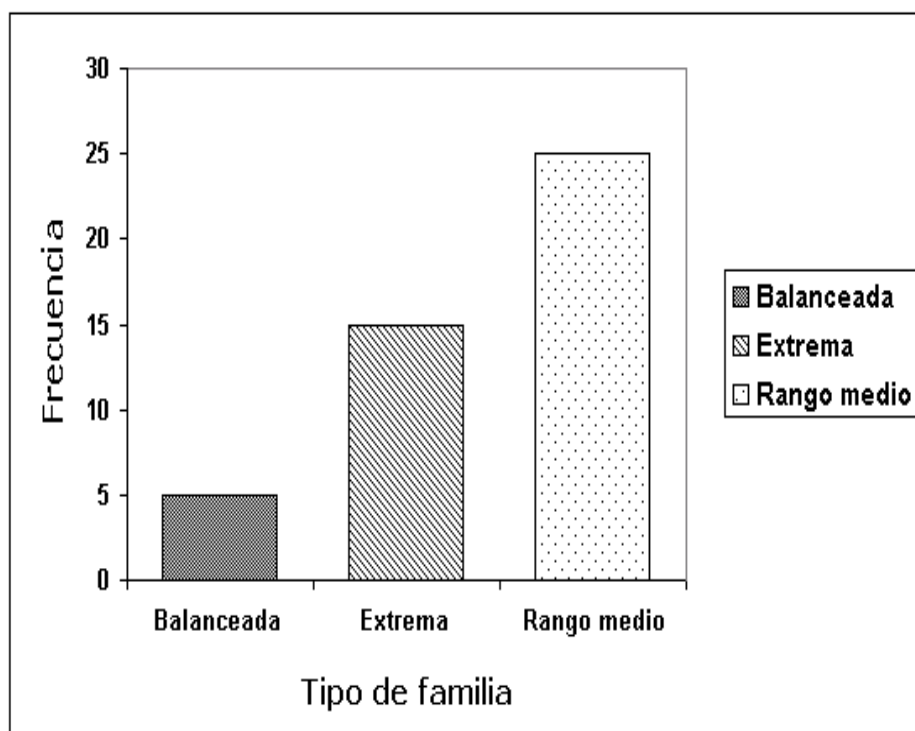
Tipos de familia según diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida, frecuencia y porcentajes

Tipo de familia	Diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida	Porcentaje %
	f	
Balanceada	11	16.17%
Extrema	22	32.35%
Rango medio	35	51.47%
Total	68	100.00%

En el gráfico 12 se puede observar con mayor precisión y de forma más clara los resultados predominantes, respecto al diagnóstico de tendencia al riesgo suicida.

Gráfico 12.

Tipo de familia predominante según diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida



Finalmente, al hacer el paralelo entre el diagnóstico de riesgo suicida y funcionamiento familiar encontramos que predomina el tipo de familia de Rango medio; presenta 5 estudiantes (50.00%), Extrema 3 estudiantes (30.00%) y Balanceada 2 estudiantes (20.00%).

Concluyendo que respecto al planteamiento de la Hipótesis Específica 5, se rechaza la H5 ya que no existen diferencias respecto al riesgo suicida y funcionamiento familiar; respecto al diagnóstico en la escala de tendencia suicida y el tipo de funcionamiento familiar predominante es el tipo de familia de Rango medio en No Riesgo suicida, Tendencia al Riesgo suicida y Riesgo Suicida.

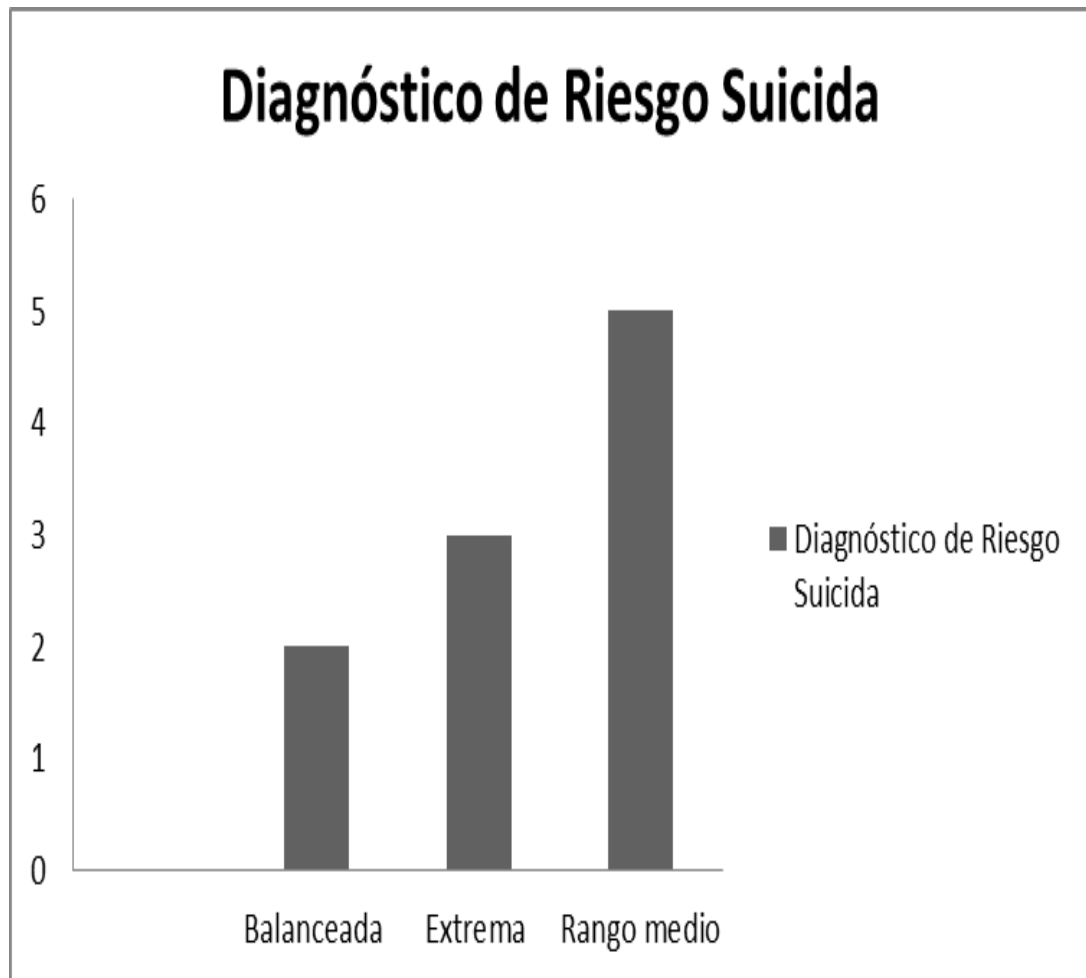
Tabla 20.

Tipos de familia según diagnóstico de Riesgo Suicida, frecuencia y porcentajes

Tipo de familia	Diagnóstico de Riesgo Suicida f	Porcentaje %
Balanceada	2	20.00%
Extrema	3	30.00%
Rango medio	5	50.00%
Total	10	100.00%

Gráfico 13.

Tipo de familia predominante según diagnóstico de Riesgo Suicida



Al realizar la comparación, considerando algunas variables de estudio, se observa que entre hombres y mujeres, respecto al diagnóstico según la escala de tendencia suicida de Poldinger, se evidencia que 87 mujeres (63.04%) y 51 hombres (36.96%) presentan el diagnóstico de No Riesgo Suicida, siendo esta la categoría donde se ubica la mayor parte de la población evaluada, seguida por el diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida (42 mujeres y 26 hombres). Finalmente se observa a 7 mujeres y 3 varones que presentan el diagnóstico de Riesgo Suicida (ver tabla 21).

Tabla 21.

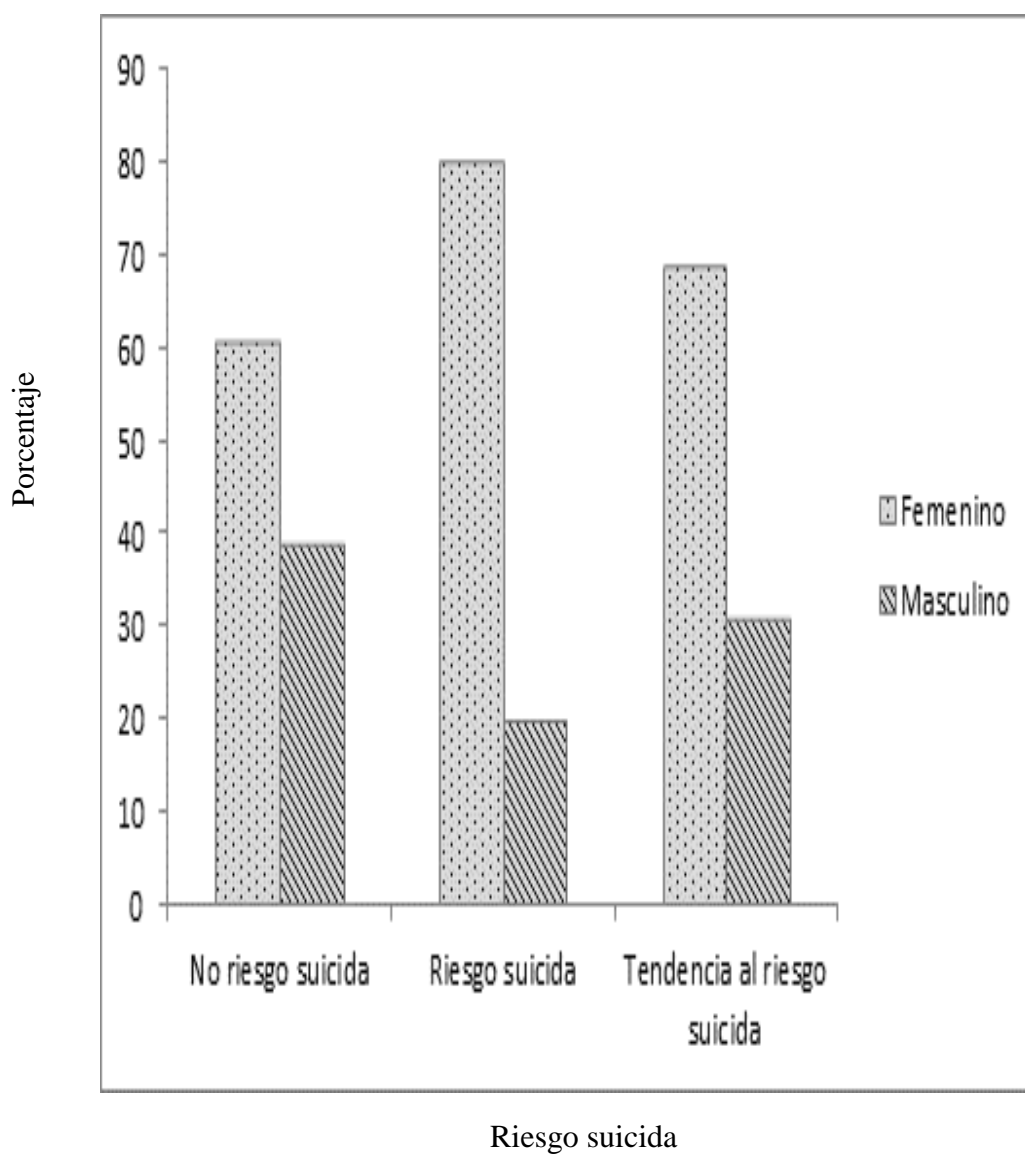
Distribución de frecuencias y porcentajes de los diagnósticos según la evaluación de la escala de Tendencia Suicida según el sexo

	Sexo				
	Femenino		Masculino		Total
	f	Porcentaje	f	Porcentaje	
		%		%	
No riesgo suicida	87	63.04	51	36.96	138
Riesgo suicida	7	70.00	3	30.00	10
Tendencia al riesgo suicida	42	61.76	26	38.24	68
Total	136	62.96	80	37.04	216

Este resultado se visualiza de modo más claro en el gráfico 14, donde se observa que el sexo femenino es el que prevalece en todos los diagnósticos según la evaluación de la escala de tendencia suicida de Poldinger, especialmente en el diagnóstico de Riesgo Suicida.

Gráfico 14.

Porcentaje según diagnóstico de riesgo suicida según sexo



Respecto al grupo etario entre 16 – 24 años, se observa (tabla 22) que 138 estudiantes se encuentran en el diagnóstico de No Riesgo Suicida, 68 en el diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida y solo 10 en el diagnóstico de Riesgo Suicida; ubicados, en esta última categoría, 5 entre 16-19 y 5 entre 20-24, siendo igual la proporción entre el grupo de edades.

Tabla 22.*Tabulación cruzada de los diagnósticos de riesgo suicida y edad*

Edad	Puntaje de escala de tendencia suicida			Total
	No Riesgo Suicida	Tendencia al riesgo suicida	Riesgo Suicida	
	0-3	4-7	8 a +	
16-19	102	55	5	162
20-24	36	13	5	54
Total	138	68	10	216

En el gráfico 15 se observa con mayor objetividad el grupo de edades donde se encuentra localizado el diagnóstico de riesgo suicida, siendo en los dos grupos de edades, igual la proporción para el Riesgo Suicida.

Gráfico 15.

Porcentaje según diagnóstico de la evaluación de la Escala de tendencia de Riesgo Suicida según etapa de vida

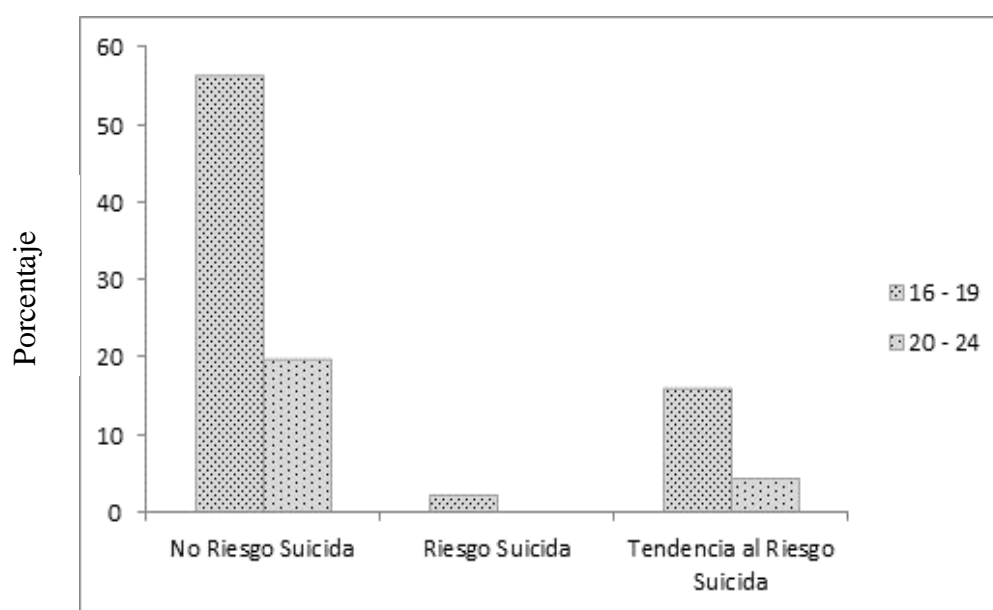


En la siguiente tabla 23 se puede apreciar que el mayor porcentaje de No Riesgo Suicida se encuentra entre las edades de 16 a 19 años con 102 estudiantes; y de 20-24 con 36. En ambos grupos etarios existe la misma proporción de riesgo suicida.

Tabla 23.*Grupo de edades según diagnóstico de variable riesgo suicida*

Edad	Diagnóstico			Total
	No Riesgo Suicida	Riesgo Suicida	Tendencia al Riesgo Suicida	
16-19	102 (62.96%)	5 (3.09)	55 (33.95%)	162 (100%)
20-24	36 (66.67%)	5 (9.26%)	13 (24.07%)	54 (100%)
Total	138 (63.89%)	10 (4.63%)	68 (31.48%)	216 (100%)

En el grafico 16 se puede apreciar que el mayor porcentaje de No Riesgo Suicida se encuentra entre las edades de 16 a 19 años; así mismo se observa que en esta misma edad hay 5 casos con diagnóstico de riesgo suicida en igual proporción entre la edad de 20-24 años, con 5 casos.

Gráfico 16.*Porcentaje en el diagnóstico de riesgo suicida respecto a la edad*

Riesgo suicida

En relación a los diagnósticos según la evaluación de la escala de tendencias suicida de Poldinger respecto a con quien vive el estudiante, el análisis evidencia (ver tabla 24) que 89 personas viven con sus familias y pertenecen al diagnóstico de No Riesgo Suicida, y en relación al diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida 46 que viven con su familias, y respecto al Riesgo Suicida; 6 viven con la familia, 3 viven con algunos miembros y 1 solo.

Tabla 24.

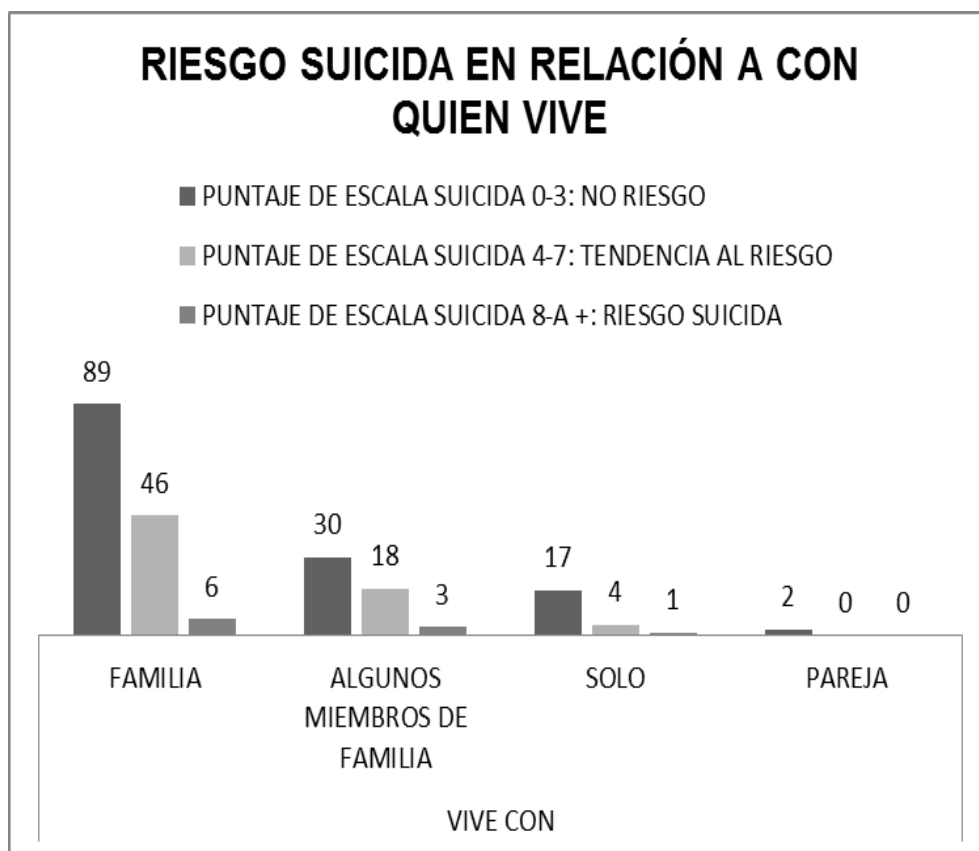
Tabulación cruzada de los diagnósticos de riesgo suicida respecto con quien vive

Riesgo suicida	Miembros con los que vive				Total
	Con algunos miembros	Con pareja	Familia	Solo(a)	
No riesgo suicida	30 (21.74%)	2 (1.45%)	89 (64.49%)	17 (12.32%)	138 (100%)
Riesgo suicida	3 (30.00%)	0 (0.00%)	6 (60.00%)	1 (10.00%)	10 (100%)
Tendencia al riesgo suicida	18 (26.47%)	0 (0.00%)	46 (67.64%)	4 (5.89%)	68 (100%)
Total	51 (23.61%)	2 (0.93%)	141 (65.28%)	22 (10.18%)	216 (100%)

En el gráfico 17 se observa que el grupo de No Riesgo Suicida es el que predomina en las personas que viven con sus familias, seguidos por quienes viven con algunos miembros.

Gráfico 17.

Frecuencia del diagnóstico de riesgo suicida en relación con quien viven

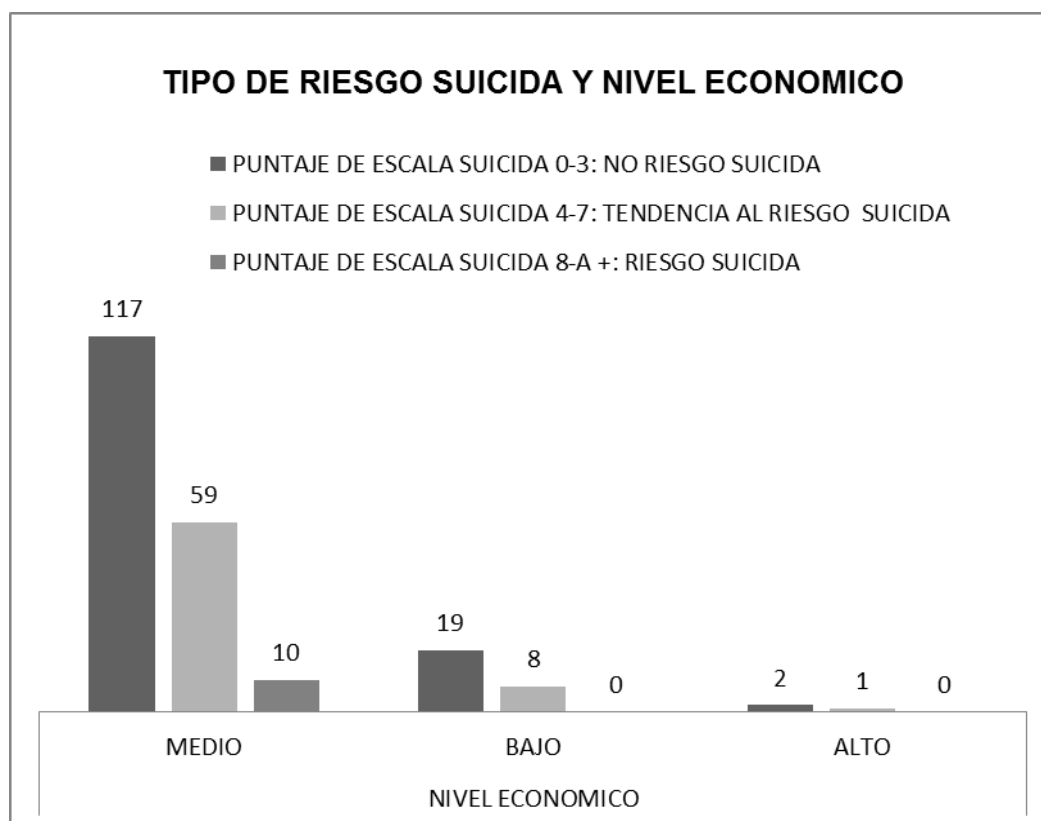


Respecto al nivel socioeconómico, se evidencia (tabla 25) que gran parte de la población evaluada (117), de condición económica media, presenta el diagnóstico de No Riesgo Suicida; por el contrario, en esta misma categoría económica, se evidencia a un número no muy pequeño (59) que presentan el diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida. El gráfico 13 permite visualizar mejor estos resultados.

De igual forma los resultados muestran una χ^2 igual a 5.739, no significativa, lo que se interpreta que los diagnósticos de riesgo suicida son independientes al nivel económico de las personas, es decir el nivel económico no se encuentra asociado a los diagnósticos de riesgo suicida.

Tabla 25.*Tabulación cruzada de los diagnósticos de riesgo suicida y nivel económico*

Riesgo suicida	Nivel económico			Total
	Alto	Medio	Bajo	
No riesgo suicida	2 (1.45%)	117 (84.78%)	19 (13.77%)	138 (100.00%)
Riesgo suicida	0 (0.00%)	10 (100.00%)	0 (0.00%)	10 (100.00%)
Tendencia al riesgo suicida	1 (1.47%)	59 (86.76%)	8 (11.77%)	68 (100.00%)
Total	3 (1.39)	186 (86.11%)	27 (12.50%)	216 (100.00%)

Gráfico 18.*Frecuencia según el diagnóstico de acuerdo a la evaluación de la escala de tendencia suicida de Poldinger considerando nivel económico*

Para realizar el análisis del tipo de Funcionamiento familiar, en la presente investigación, se revisó los dos grandes componentes: Cohesión y Adaptabilidad.

El primero se puede observar en la tabulación cruzada de los tipo de cohesión familiar y del diagnóstico de riesgo suicida (tabla 26), allí se evidencia el tipo de cohesión que predomina es la Desligada con 91 (42.1%), seguida de la Separada con 64 (29.6%), luego la Conectada con 45 (20.8%) y finalmente la Amalgamada con 16 (7.4%). Asimismo se determina que en el diagnóstico de riesgo suicida se ubica en el tipo de Familia Desligada, (5). El diagnóstico de riesgo suicida que predomina en la población evaluada es la de No riesgo suicida.

Tabla 26.

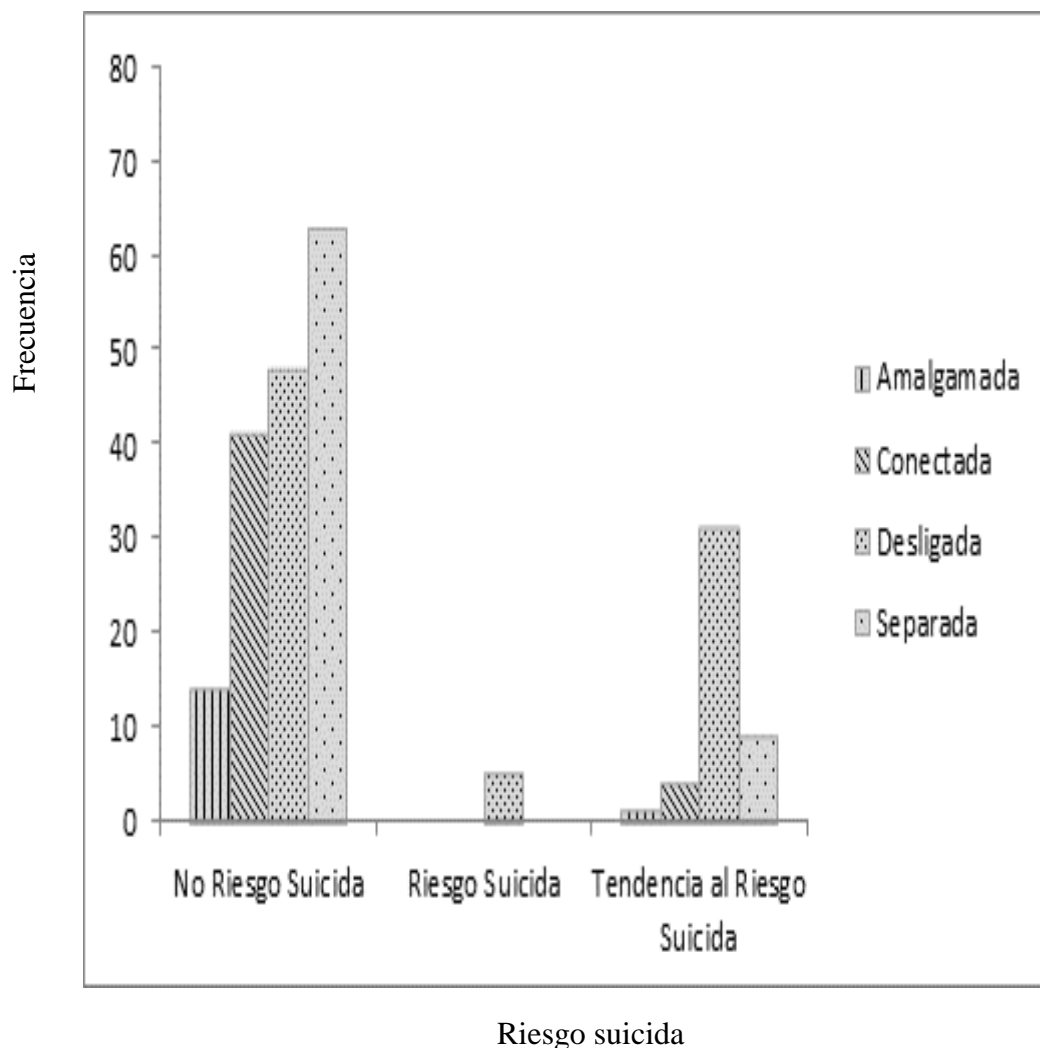
Tabulación cruzada de los diagnósticos de riesgo suicida y el tipo de cohesión familiar

Riesgo Suicida	Tipo de Cohesión				Total
	Amalgamada	Conectada	Desligada	Separada	
No Riesgo Suicida	9 (4.2%)	30 (13.9%)	58 (26.9%)	41 (19.0%)	138 (63.9%)
Riesgo Suicida	1 (0.5%)	1 (0.5%)	5 (2.3%)	3 (1.4%)	10 (4.6%)
Tendencia al Riesgo Suicida	6 (2.8%)	14 (6.5%)	28 (13.0%)	20 (9.3%)	68 (31.5%)
Total	16 (7.4%)	45 (20.8%)	91 (42.1%)	64 (29.6%)	216 (100%)

En el gráfico 19 se puede observar que en el diagnóstico de No riesgo suicida, el tipo de cohesión familiar que predomina es la Separada, seguida de la Desligada, la Conectada y la Amalgamada. Respecto a la tendencia de riesgo suicida se encuentra la siguiente distribución: en primer lugar el tipo de cohesión Desligada, seguido por la Separada, la Conectada y en una pequeña proporción la Amalgamada. Por otro lado, respecto al riesgo suicida, este diagnóstico solo aparece en el tipo de cohesión familiar Desligada.

Gráfico 19.

Frecuencia del diagnóstico de riesgo suicida y la cohesión familiar



Así en la tabla 27, acerca de la asociación o relación de los tipos de cohesión familiar y el diagnóstico de riesgo suicida, permite señalar que se obtiene un valor de χ^2 igual a 1.204, no significativo, que indica la ausencia de asociación o relación entre los tipos de cohesión familiar en los estudiantes y el riesgo suicida diagnóstico; es decir, la tendencia suicida es independiente al tipo de cohesión diagnóstico.

Tabla 27.

Cálculo de la Chi cuadrada de la variable riesgo suicida en la población evaluada según el tipo de cohesión

	N	g.l.	ns	χ^2 hallada	χ^2 tabla
Riesgo suicida y cohesión	216	6	0.05	1.204	12.592

Respecto al otro componente del funcionamiento familiar, adaptabilidad, en la tabla 28 se observa que el tipo de adaptabilidad que predomina es la Caótica (52.3%), seguida por la Flexible (23.1%), la Estructurada (18.1%) y por último la Rígida (6.5%). El mayor riesgo suicida se encuentra en el tipo de adaptabilidad familiar caótica con 5 estudiantes (2.3%), asimismo se evidencia que el tipo de adaptabilidad familiar Caótica es la que predomina en el diagnóstico de tendencia de riesgo suicida con 41 evaluados haciendo un 19.0%. Y en el diagnóstico de No Riesgo Suicida resalta el tipo Caótica con 67 estudiantes evaluados haciendo un 31.0%. Esto se visualiza de modo más claro en el gráfico 20.

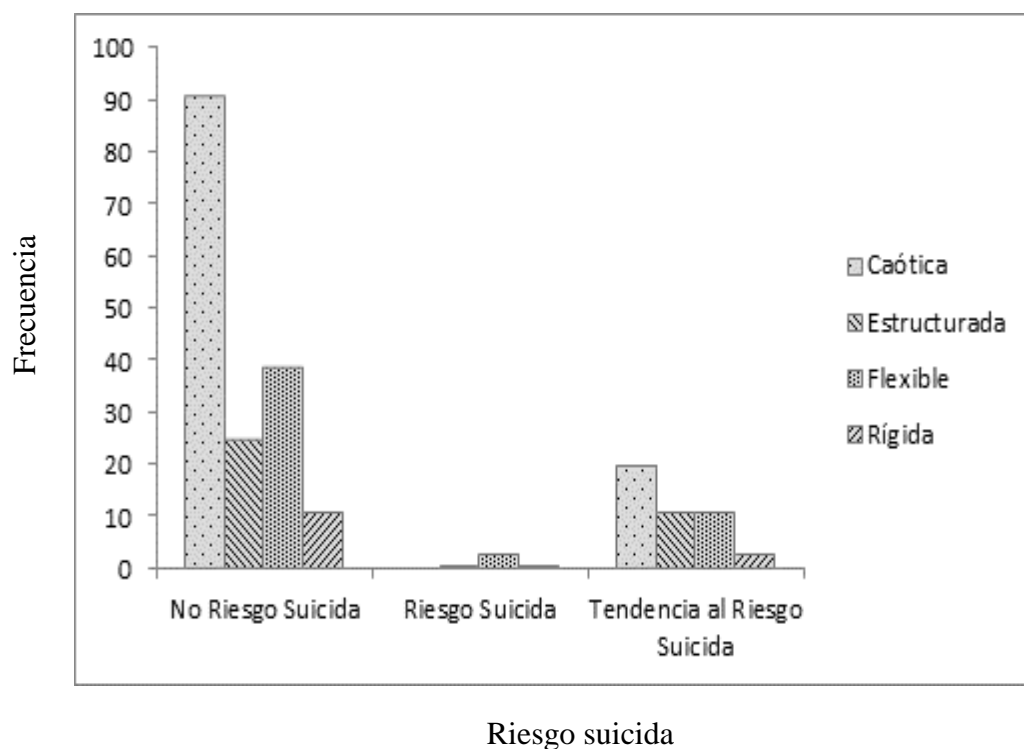
Tabla 28.

Tabulación cruzada de los diagnósticos de riesgo suicida y el tipo de adaptabilidad familiar

Riesgo Suicida	Tipo de Adaptabilidad				Total
	Caótica	Estructurada	Flexible	Rígida	
No Riesgo Suicida	67 (31.0%)	27 (12.5%)	35 (16.2%)	09 (4.2%)	138 (63.9%)
Riesgo Suicida	5 (2.3%)	2 (0.9%)	3 (1.4%)	0 (0.0%)	10 (4.6%)
Tendencia al Riesgo Suicida	41 (19.0%)	10 (4.6%)	12 (5.6%)	5 (2.3%)	68 (31.5%)
Total	113 (52.3%)	39 (18.1%)	50 (23.1%)	14 (6.5%)	216 (100.0%)

Gráfico 20.

Frecuencia del diagnóstico de riesgo suicida y la adaptabilidad familiar



Al estudiar la asociación entre el diagnóstico de riesgo suicida y el tipo de adaptabilidad familiar (tabla 29), los resultados indican un valor de χ^2 igual a 3.942, no significativo, es decir el diagnóstico de riesgo suicida no se encuentra relacionado o asociado con el tipo de adaptabilidad familiar.

Tabla 29.

Cálculo de la Chi cuadrada de la variable riesgo suicida en la población evaluada según el tipo de adaptabilidad

	n	g.l.	ns	χ^2 hallada	χ^2 tabla
Riesgo suicida y adaptabilidad	216	6	0.05	3.942	12.592

Por último, para el análisis de la Hipótesis General, en la tabla 30 se observa que, según la evaluación de la escala de tendencia suicida según Poldinger, que en el diagnóstico ubicados en la categoría de no riesgo Suicida, existe 138 estudiantes; 74 de ellos se encuentran ubicados en el tipo de familia de Rango medio (34.3%). Por otro lado, los que se encuentran en el diagnóstico de Tendencia al riesgo suicida hacen un total de 68, de ellos 35 (16.2%) ubicados en el tipo de familia Rango Medio. Para el diagnóstico de Riesgo suicida son 10 (4.6%) estudiantes catalogados en este criterio, 5 (2.3%) estudiantes ubicados en el tipo familiar de Rango Medio, 3 en extrema (1.4%) y 2 en balanceada (0.9%).

Tabla 30.

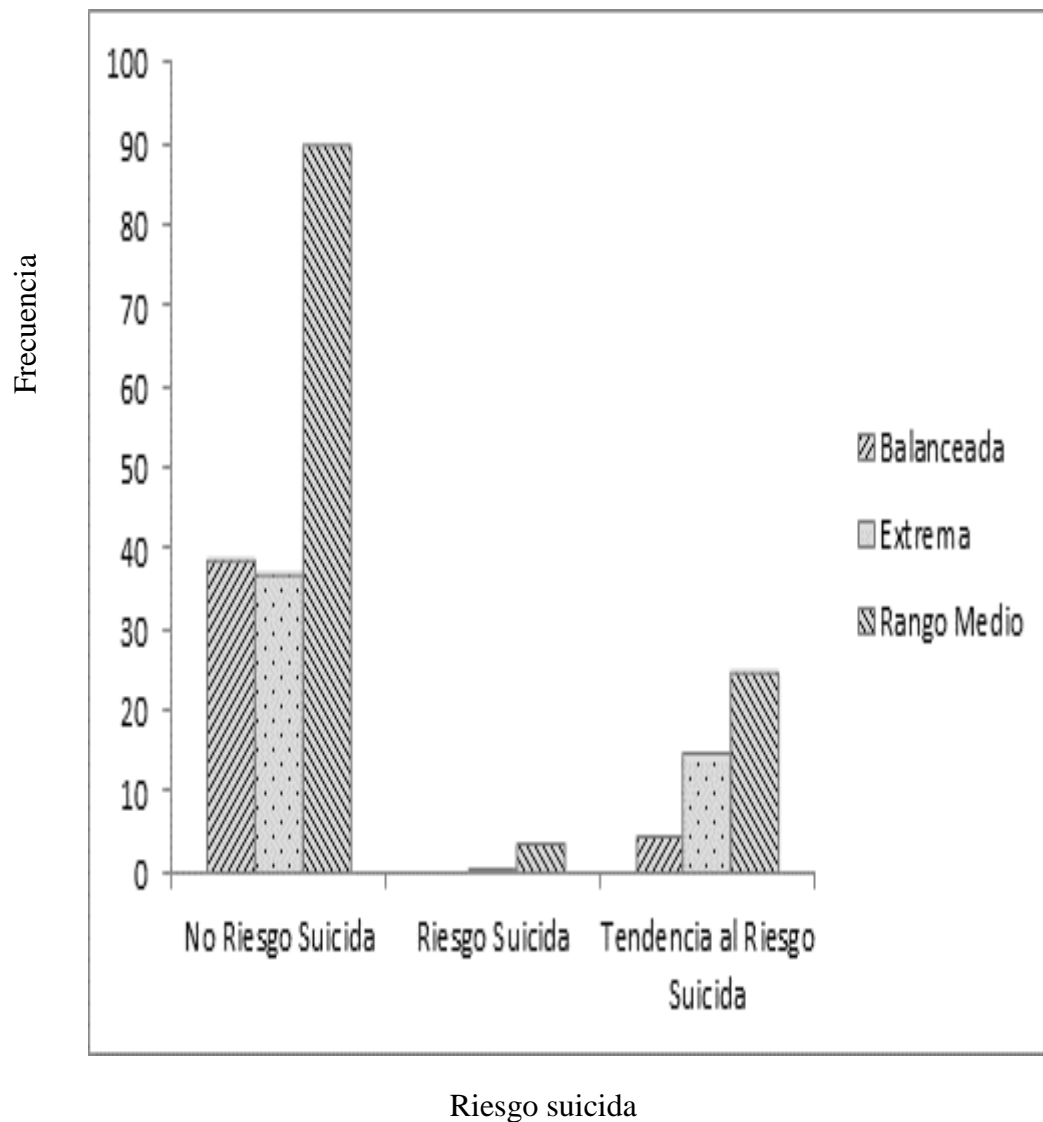
Tabulación cruzada de los diagnósticos de riesgo suicida y el tipo de funcionalidad familiar

Variable: Riesgo Suicida	Variable: Funcionamiento Familiar			Total
	Balanceada	Extrema	Rango Medio	
No Riesgo Suicida	30 (13.9%)	34 (15.7%)	74 (34.3%)	138 (63.9%)
Riesgo Suicida	2 (0.9%)	3 (1.4%)	5 (2.3%)	10 (4.6%)
Tendencia al Riesgo Suicida	11 (5.1%)	22 (10.2%)	35 (16.2%)	68 (31.5%)
Total	43 (19.9%)	59 (27.3%)	114 (52.8%)	216 (100.0%)

En el gráfico 21 se observa que el diagnóstico de No riesgo suicida está relacionada en primer lugar a un tipo de funcionamiento familiar de Rango Medio, seguido del Balanceada y el Extrema. En el diagnóstico de Tendencia al riesgo suicida el orden es Rango medio, Extrema y Balanceada. En tanto que para el diagnóstico de riesgo suicida, solo se observa en la familia de Rango medio (80%) y Extrema (20%).

Gráfico 21.

Relación de variables riesgo suicida y el funcionamiento familiar



La tabla 31 presenta los resultados que corresponde a la asociación entre el tipo de funcionamiento familiar con el riesgo suicida, en la que se puede observar que se alcanza un valor de χ^2 igual a 1.784, no significativo, por lo cual se rechaza la Hipótesis General H1, que plantea asociación.

Tabla 31.

Calculo de la Chi cuadrada de la variable riesgo suicida en la población evaluada en el funcionamiento familiar

	n	gl	Ns	χ^2 hallada	χ^2 tabla
Riesgo suicida y Funcionamiento familiar	216	6	0.05	1.784	9.488

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y RIESGO SUICIDA

La presente investigación tuvo como objetivo hallar una posible relación significativa entre las variables funcionamiento familiar y riesgo suicida. Los resultados de este estudio concuerdan con investigaciones existentes tal como señalo en párrafos posteriores.

En primer lugar, respecto al planteamiento de la Hipótesis Específica 1, encontramos que existen diferencias en el tipo de cohesión familiar, definida como "el vínculo emocional o ligazón emocional que los miembros de la familia tienen entre sí", donde el tipo de cohesión desligada es la que predomina con 91 estudiantes haciendo un 42.12%, cuyas características principales está marcada por la ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia (Olson 1982, citado por Ferreyra, 2003). Aquí es importante mencionar los resultados encontrados por Camacho, León & Silva (2009); respecto a la dimensión de cohesión encontró, que el 50.22% presentó cohesión baja, con pertenencia a un tipo de familia desligada, concordantes con los estudios de Muñoz *et al.* 2006, que hallaron, que los niveles bajos de cohesión familiar perteneciente al tipo de familia desligada y estas se asocian con ideación suicida; estos resultados contribuyeron a señalar que actualmente los adolescentes son considerados vulnerables a los problemas

sociales. Muestra de ello es nuestra población de estudio, que está compuesta por un número significativo de familias desligadas según los resultados. En el estudio de Rivas (2008), reportan familias de tipo desligadas en mayor proporción en individuos con riesgo suicida. Según Muñoz, et al. (2006), en estudiantes universitarios con edades comprendidas entre 15 y 24 años, donde a pesar de que presentaron familias desligadas, las amalgamadas fueron las más representativas.

Del mismo modo, en Venezuela, García & Ramírez (2010) en su investigación *Riesgo suicida y cohesión familiar en estudiantes de la carrera de medicina*, concluye que los estudiantes en su gran mayoría pertenecen al tipo de cohesión conectada, y al relacionar el riesgo suicida con cohesión, se evidenció 12 (5.11%) de los estudiantes presentaron cohesión desligada. Resultado semejante se ha dado en la presente investigación, en que la cohesión desligada tiene el mayor porcentaje.

En segundo lugar, respecto al planteamiento de la Hipótesis Específica 2, se encontró que existen diferencias en relación al tipo de adaptabilidad familiar, la cual tiene que ver con la flexibilidad del sistema familiar y la capacidad de cambiar. Se define como: "la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar la estructura de su poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional propio del desarrollo".

La presente investigación aludida, encuentra que el tipo de adaptabilidad caótica tiene 113 estudiantes haciendo un 52.31% la cual es la predominante, y se caracteriza por la ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. (Olson 1982, citado por Ferreyra, 2003). Estos resultados coinciden con la investigación realizada por Tueros (2004), quien

concluye que en el nivel de adaptabilidad familiar del grupo de niños con rendimiento académico adecuado, predomina la adaptabilidad caótica. Esta tendencia en la adaptabilidad familiar indicaría que el funcionamiento de estas familias presentaría dificultades en una sola dimensión, las cuales pueden ser originadas por ciertos momentos de estrés situacional que ocurre de manera disfuncional.

Así mismo podemos observar estos resultados en el estudio de Camacho, León & Silva (2009), en esta investigación realizada, refieren que respecto a la dimensión de adaptabilidad el 55.61 % presentó adaptabilidad alta llamada familia caótica, caracterizada por liderazgo limitado o ineficaz y con frecuencia a cambios en la reglas. Lo que evidencia alteraciones en la dinámica familiar y la posibilidad de que en las familias de los adolescentes, los roles en el hogar no son claros, no se cumplan de forma efectiva, que los padres no tengan autoridad ni liderazgo en su dinámica familiar, causando frecuentes cambios en las reglas, y que las decisiones parentales sean impulsivas; situación que se puede presentar debido a la ausencia de uno o ambos pares en el hogar por motivos laborales o fallecimiento. La investigación de Muñoz, Pinto, Callata, Napa & Perales (2006), también muestra resultados similares, pues en el 73% de los adolescentes presentaban adaptabilidad caótica.

En tercer lugar, respecto al planteamiento de la Hipótesis Específica 3, se encontró que existen diferencias en relación a los diversos tipos de familia, siendo el tipo de familia de rango medio la que predomina en la presente investigación (52.78%). El funcionamiento de estas familias presenta algunas dificultades pues

son extremas en una sola dimensión, que pueden ser originadas por ciertos momentos de estrés, es decir no son las más adecuadas. Sus características son las siguientes: Liderazgo limitado, ausencia de claridad en sus funciones, cumplimiento estricto de reglas, ausencia de límites y otros (Olson 1982, citado por Ferreyra, 2003). Al comparar los hallazgos del presente estudio encontramos similitud con la investigación realizada por Rivas (2008), cuyos resultados señalan que el tipo de familia que predomina está ubicada dentro del rango medio con 46.54%, 37.62% dentro del rango balanceado y 15.84% rango extremo. La mayoría de estudiantes que perciben a sus familias dentro del Rango Extremo, son quienes presentan mayor de riesgo suicida, presentándose un alto porcentaje en las instituciones educativas parroquiales, siendo los varones quienes alcanzan mayor riesgo de cometer suicidio en comparación con las mujeres. Así mismo coinciden con Camacho, León & Silva (2009); en los resultados de su investigación muestran que el funcionamiento familiar que predomina es de rango medio, dato importante que indica un funcionamiento familiar no saludable y con tendencia a la disfuncionalidad familiar.

Respecto al planteamiento de la Hipótesis Específica 4, se encontró que existen diferencias significativas en los riesgos suicida de los estudiantes de la UPLA, siendo el tipo que predomina según el resultado de la Escala de Tendencia Suicida de Poldinger el siguiente: el tipo diagnóstico de No Riesgo suicida con 138 estudiantes evaluados haciendo un 63.88 %, seguido de tendencia al riesgo suicida 68 haciendo un 31.48% y finalmente 10 en diagnóstico de riesgo suicida haciendo un 4.64% siendo este último poco relevante considerando la muestra de estudio. Tales resultados coinciden con la investigación realizada por Rivas

(2008), los cuales señalan que el tipo riesgo suicida teniendo en cuenta una muestra de 1143 estudiantes de secundaria la que predomina es Sin Riesgo Suicida con 994 estudiantes haciendo un total de 86.96% y con Riesgo Suicida con 149 estudiantes con un 13.04%.

En quinto lugar respecto al planteamiento de la Hipótesis Específica 5, se encontró que no existen relación entre funcionamiento familiar con el riesgo suicida de los estudiantes de la UPLA, teniendo en consideración el aspecto del diagnóstico según la evaluación de la escala de tendencia suicida: No riesgo suicida (31.3%), Tendencia al riesgo suicida (16.2%) y Riesgo suicida (2.3%); coincidiendo en las tres el mismo tipo de funcionamiento familiar de Rango Medio.

Respecto al planteamiento de la Hipótesis General 1, se encontró que en los resultados no existe relación significativas entre funcionamiento familiar con el riesgo suicida de los estudiantes de la UPLA; alcanzando un valor de χ^2 igual a 9.488, no significativo ($p = 1.784$), por lo cual se rechaza la Hipótesis General H1, que plantea relación o asociación. Según la presente investigación tanto las categorías diagnosticas de No riesgo suicida, Tendencia al riesgo y Riesgo suicida coinciden respecto a la tipología de funcionamiento familiar de Rango Medio, solo recayendo en el Diagnostico de Riesgo Suicida 3 (1.4%), en familia extrema y 2 (0.9%) en familia balanceada. Al igual que No riesgo suicida 74 estudiantes haciendo un 34.3% con tipo de familia rango medio. Así mismo tendencia al riesgo suicida con 3 estudiantes 16.2% con tipo de familia rango medio.

Concluyendo en los 3 diagnósticos se supera el 50% con el tipo de familia rango medio (52.8%).

Así mismo se observó en el estudio de Fuentes et al. (2009) que se encontró relación significativa entre riesgo suicida según Plutchik y la funcionabilidad familiar. Claramente en los resultados se muestran objetivamente el predominio de las disfunciones familiares moderadas y severas entre los jóvenes con riesgo suicida alto, mientras que en los jóvenes que no presentan riesgo suicida predomina la buena función familiar y la disfunción leve. Relación análoga muestra el riesgo suicida según Beck con la funcionabilidad familiar. En ninguna de las dos medidas de riesgo suicida se presentó relación significativa con tipo de familia, ni estrato social.

Al respecto Rivas (2008), refiere que de la muestra obtenida se observa que existe mayor proporción de individuos con riesgo suicida con un 13.04%. Por lo que un 86.96% no presenta riesgo suicida. Los que corresponden al grupo de riesgo suicida pertenecen a familias extremas, existiendo relación significativa entre el riesgo y el rango de funcionamiento familiar, con una probabilidad dos veces mayor de que los alumnos provenientes de familias extremas y medias comentan suicidio.

CONCLUSIONES

1. Al analizar los resultados, encuentro que existen diferencias en relación al tipo de cohesión familiar. Siendo la que predomina en la presente investigación la de tipo desligada; y esta se refiere a familias donde prevalece el “yo” es decir, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia familiar.
2. Existen diferencias en relación al tipo de adaptabilidad familiar; siendo la predominante en la presente investigación la de tipo caótica; caracterizada por un liderazgo limitado, disciplina poco severa habiendo inconsistencia, decisiones parentales impulsivas, falta de claridad en las funciones de los roles, y hay frecuentes cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente.
3. Se observó que existen diferencias en relación a los tipos de familia que predomina en el presente trabajo, siendo la que prevalece la familia de rango medio, las familias de esta categoría son extremas en una sola dimensión, las cuales pueden ser originadas por ciertos momentos de estrés y relacionadas a familias disfuncionales.
4. Respecto a la variable riesgo suicida se encontró que el diagnóstico que prevalece en la muestra según evaluación ejecutada, es el de no riesgo suicida haciendo un total de 63.88%, seguida de tendencia al riesgo suicida con 31.48% y riesgo suicida con un 4.64%.

5. No se encuentra diferencias significativas entre funcionamiento familiar con riesgo suicida, teniendo en consideración los diagnósticos de No riesgo suicida, tendencia al riesgo suicida, y riesgo suicida, recaen los tres tipos en familia de Rango Medio.
6. Respecto al planteamiento de la Hipótesis General 1, se encontró que en los resultados no existen relación significativas entre funcionamiento familiar con el riesgo suicida de los estudiantes de la UPLA; correspondiéndole no relación o asociación entre el tipo de funcionamiento familiar con el riesgo suicida, en la cual se puede observar que se alcanza un valor de χ^2 igual a 9.488 no significativo ($p = 1.784$).

SUGERENCIAS

1. A partir de los resultados obtenidos se sienta un precedente para seguir investigando respecto al funcionamiento familiar y riesgo suicida, y contribuir a aclarar aspectos relacionados a la salud mental en la región; a fin de elaborar estrategias y programas de intervención al respecto, pues en la actualidad se observa que el riesgo suicida y el inadecuado funcionamiento familiar se incrementan.
2. Desarrollar programas de asesoría u orientación a los padres de familia a fin de promover la necesidad de establecer un sistema familiar caracterizado por el diálogo y fortalecimiento de lazos familiares (adecuada cohesión y adaptabilidad), buscando incrementar los tipos de familia balanceadas.
3. Así mismo, la investigación nos muestra una mirada panorámica de los problemas que acontecen en el presente siglo los mismos que atormentan a los adolescentes, jóvenes y padres de familia; por lo que es conveniente que como profesionales, nos especialicemos en dichos tópicos para brindar un abordaje adecuado y oportuno.
4. Los resultados obtenidos de la presente investigación, se comunicará a la Universidad Peruana Los Andes (área de psicopedagogía y tutoría), a fin de que en un proyecto futuro se considere fortalecer aspectos preventivos y de promoción de los estudiantes, incentivando la realización de talleres de autoestima, soluciones de problemas, manejo de ira, pautas de crianza,

conocimiento personal, asertividad y otros, en especial con los alumnos ingresantes a esta casa de estudios.

5. Así mismo la Universidad Peruana Los Andes podría establecer convenios con el Sector Salud para una mejor intervención o abordaje con aquellos estudiantes que presentan diagnóstico de Riesgo Suicida, a fin de que inicien con el tratamiento individual y familiar; reevaluarlos periódicamente, hacerles un seguimiento e incentivar los factores protectores.
6. Sería excelente que se cristalice el proyecto de funcionamiento de la clínica universitaria de la Universidad Peruana Los Andes, y que cuente con un equipo articulado e interdisciplinario, el cual contribuiría a mejorar los aspectos físicos y mentales de los estudiantes que escogen a la UPLA como su centro de formación académica y profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alegre, C. (1999). *Factores de riesgo asociados al intento de suicidio*. Tesis de Título de Especialista en Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Ambrosio, J. M. (1982). *Estudio de tres casos clínicos*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. UNMSM. Lima-Perú.
- Becerra M., Lucy & Vite Y., Vilma (2003). Caracterización del Paciente con Intento Suicida Atendido en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Lima Perú. *Científica de Enfermería*. Recuperado de <http://www.cep.org.pe/cicep/revista/volumen1/cap9-12.pdf>
- Buendía, José (2004). *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Camacho, P., León, N., & Silva, I. (2009). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en adolescentes, *Enfermería Herediana*. 2 (2), 80-85.
- Castro, P., Orbegoso, O., & Rosales, P. (2006). Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004, *Medicina Experimental y Salud Pública*. 23(4), 293-296.
- De La Espriella, R. (2010). Suicidio en instituciones psiquiátricas, 1998-2007. *Colombiana Psiquiátrica*. 39(2), 268-290.

Diccionario de la Lengua Española (2001). *Real Academia Española*. Vigésima Segunda Edición. Tomo II. Editorial Espasa Calpe S.A. Madrid.

Diccionario de las Ciencias de la Educación (1983). Tomo I. México.

Dughi, P. (1996). *Salud Mental, infancia y familia*. UNICEF.

Escurra, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6 (1-2) 103-111.

Ferreira, A. (2003). *Sistema de interacción familiar asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución*. Tesis de Grado de la Facultad de Psicología. Universidad Mayor de San Marcos. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bib_virtual/tesis/Salud/ferreira_ra/contenido.htm.

García, R. & Ramírez, A. (2010). *Riesgo suicida y cohesión familiar en estudiantes de la carrera de medicina*. Universidad de Oriente. Ciudad de Bolívar. Febrero, 2010. Trabajo presentado para optar el título de Médico Cirujano. Universidad De Oriente Núcleo Bolívar. Escuela De Ciencias De La Salud “Dr. Francisco Battistini Casalta”. Departamento de Salud Mental. Bolívar-Venezuela.

Guibert, W. & Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 17(5), 452-460.

Guzmán, P. (2012). *Ideas irracionales y dimensiones de la personalidad en adolescentes con intento de suicidio*. Trabajo de investigación presentada

para optar el grado de Magister en psicología clínica y de la salud.
Universidad Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

Hernández, S., Fernández C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta. Ed.). México: Trillas.

Herrera, P. & Avilés, K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Medicina General Integral*. 16(2), 134-137.

Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Medicina General Integral*. 13 (6), 591-595.

Lafosse, S. (1984). Crisis familiar y crisis social en el Perú. *Pontificia Universidad Católica del Perú*.

Larraguibel, M., González, P, Martínez, V. & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Pediatría*. 71 (3).

Leal & Vásquez (2012). Ideación Suicida en Adolescentes Cajamarquinos. Prevalencia y Factores Asociados. Informe de Investigación. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Facultad de Psicología. Cajamarca. Recuperado de <http://alfepsi.org/attachments/article/188/Ideaci%C3%B3n%20suicida%20en%20adolescentes%20cajamarquinos.pdf>

Levin, Jack (1979). *Fundamentos de estadística en la investigación social*. (2da. Ed.). México: Harla S.A. de CV.

- Mamani, A. (2008). *Funcionamiento familiar y afrontamiento del estrés en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el grado de Magister en psicología. UNMSM. Lima – Perú.
- Manual de Faces III (2010). *Faces III. Escala de cohesión y adaptabilidad familiar*. Recopilación Gabinete de Psicometría UNMSM.
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H. Napa, N. & Perales A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Medicina Experimental y Salud Pública*. 23(4), 239-246.
- Martínez, J., Saad, E. & Forero, J (2009). *Suicidio: Una realidad en Latinoamérica*. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Houston:gsk.
- Moron, P. (1977). *El suicidio*. Buenos Aires: Ábaco de Rodolfo Depalma.
- OMS (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible*. Disponible en [http:// www. who. int/ mediacentre /news/releases/2004/ pr61/es/index. html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html)
- OMS (2013). *Suicide prevention*. Disponible en [http://www .who .int/ mental_ health/ prevention /suicide/country_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html)
- Pacheco A., Zoila (2010). Algunos factores de riesgo del intento suicidio en adolescentes Hospital Guillermo Almenara I. 1996-2000. *Pediatría 2010*. 63 (2), 25-29. Recuperado de [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo. Php ?pid = S1993-68262010000200005 &scri pt=sci_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo. Php ?pid = S1993-68262010000200005 &script=sci_arttext)

- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, Ruth (2010). *Desarrollo Humano*. México:McGraw-Hill. Undécima Edición.
- Poldinger, W (1969). *La tendencia al suicidio*. Madrid: Ediciones Morata.
- Reyes Valadez, Héctor (2008). El comportamiento suicida y su relación con el autoconcepto y la depresión en los adolescentes. Congreso de SOPPAC 23-24 de mayo, 2008. León, Gto. México.
- Rivas, A. (2008). Tipos de sistema familiar y riesgo suicida en adolescentes. *Psicología, Arequipa*. 05, 31-43.
- Rivera, M.E. (2010). *Psicología y comunicación visual. Estrategias para la prevención del suicidio en adolescentes*. México: Trillas.
- Rodrigo, M. & Palacios, J. (2005). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial. Sexta Reimpresión.
- Rodríguez, Luis (1997). *Psicología del Desarrollo*. Lima: Editorial Universitaria.
- Rodríguez, G. & Salazar, E. (2005). *Factores de riesgo asociados al intento suicida en adolescentes*. Complejo Hospitalario Ruiz y Páez. Centro de Salud Mental. Ciudad de Bolívar 2000-2004. Trabajo de Grado. Dpto. de Salud Mental. Esc. Cs. Salud Bolívar U.D.O. pp.48.
- Sue, D., Wing Derald & Sue, S. (2010). *Psicopatología comprendiendo la conducta anormal*. México: Cengage Learning. 9na. Edición.

Toro D., Paniagua R., Gonzales C. & Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Facultad Nacional de Salud Pública* 2009. 27 (3), 302-308.

Tueros, R. V. (2004). *Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con el rendimiento académico*. Tesis para optar el grado de Magíster en psicología. UNMSM. Lima- Perú. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/tueros_cr/html/indexframes.html.

Valdés, Ángel Alberto (2007). *Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar*. México: Manual Moderno.

ANEXO 1

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

EVALUACION PSICOLOGICA A INGRESANTES 2012-I
“UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES”

FICHA DE DATOS PERSONALES

HISTORIA
CLINICA N°:

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

EDAD: _____ SEXO: (F) (M) FECHA DE HOY: ____/____/____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ LUGAR DE NAC.: _____

ESTADO CIVIL:

PERSONAS CON QUIEN VIVE:

SOLTERO-A () PADRES ()

CASADO-A () SOLO ()

CONVIVIENTE () MADRE O PADRE ()

VIUDO-A () TIOS ()

SEPARADO () ABUELOS ()

OTROS: _____ OTROS: _____

NIVEL ECONOMICO: ALTO () MEDIO () BAJO ()

GRADO DE INST. (SUPERIOR)

N° DE HERMANOS: _____ LUGAR QUE OCUPA (INCLUYENDOTE): _____

¿CUANTOS HIJOS TIENES? _____ RELIGION: _____

DIRECCIÓN: _____ TELEFONO: _____

MODALIDAD: PRESENCIAL () DISTANCIA ()

FACULTAD: _____

CARRERA PROFESIONAL: (Marque con una X)

() CIENCIAS DE LA SALUD:

() DERECHO:

() Enfermería

() Psicología

() Farmacia y Bioquímica

() Obstetricia

() Odontología

() Medicina Veterinaria y Zootecnia

() Optometría

() Nutrición Humana

() Tecnología Médica

() EDUCACION:

Inicial ()

Primaria ()

Secundaria ()

() MEDICINA HUMANA

() CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLE:

() INGENIERIA:

() Administración y Sistemas

() Contabilidad y Finanzas

Arquitectura ()

Ing. Civil ()

Ing. de Sistemas y Comp. ()

Ing. Industrial ()

¡GRACIAS!

PRUEBA DE FACES III

INSTRUCCIÓN:

LEA LAS PROPUESTAS Y MARQUE UNA DE LAS 5 ALTERNATIVAS.

Nº DE PREGUNTAS	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	Algunas veces (3)	Frecuen- temente (4)	Casi siempre (5)
1. Los miembros de mi familia se piden ayuda unos a otros.					
2. Las sugerencias de los hijos son atendidas, cuando se trata de resolver problemas					
3. Aprobamos a los amigos de cada uno de los miembros de la familia.					
4. Los hijos pueden opinar sobre su propia disciplina.					
5. Nos gusta hacer cosas juntas, en nuestra familia.					
6. En nuestra familia, diferentes miembros actúan como líderes,					
7. Los miembros de la familia se sienten más cercanos a los otros miembros que a la gente de afuera.					
8. Nuestra familia cambia las maneras de realizar tareas.					
9. A los miembros de nuestra familia les gusta pasar el tiempo libre unos con otros.					
10. Los padres y los hijos					

discuten los castigos juntos.					
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca uno de los otros.					
12. Los chicos toman decisiones en nuestra familia.					
13. Cuando nuestra familia comparte actividades, todos los miembros están presentes.					
14. Las reglas cambian en nuestra familia.					
15. Nosotros podemos pensar fácilmente en cosas para hacer juntos como familia.					
16. Nos intercambiamos las responsabilidades de tareas hogareñas.					
17. Los miembros de la familia se consultan los unos a los otros, para tomar sus decisiones.					
18. Cuesta identificar al líder de la familia.					
19. La unión de la familia es lo importante					
20. No es fácil decir cuáles son los roles familiares de cada uno.					

¡GRACIAS!

ESCALA DE TENDENCIAS SUICIDAS

INSTRUCCIÓN:

Las siguientes preguntas tratan sobre aspectos que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un “Si” o “No”, marcando una X.

Nº	ITEMS	ALTERNATIVAS	
		SI	NO
01	¿Has estado pensando en quitarse la vida últimamente?		
02	¿La idea de quitarte la vida se te presenta frecuentemente?		
03	¿Se te presentan las ideas repentinamente?		
04	¿Te has imaginado alguna forma de cómo te quitarías la vida?		
05	¿Has hecho algún preparativo para suicidarte?		
06	¿Has comunicado a alguien tus pensamientos suicidas?		
07	¿Alguna vez llevaste a cabo el intento suicida?		
08	¿Alguien de entre sus familiares o amigos conocidos se han quitado la vida?		
09	¿Consideras desesperada tu situación?		
10	¿Te cuesta pensar en otra cosa que no sean tus problemas?		
11	¿Has dejado de visitar a tus parientes, amigos y conocidos en los últimos meses?		
12	¿Aun buscas divertirte y entretenerte en hobbies y aficiones con tus amigos?		

13	¿Tienes con quien hablar de tus problemas, tanto abierta como reservadamente?		
14	¿Vives con tu familia o algún conocido?		
15	¿Te vinculas frecuentemente con familiares, actividades académicas o ambas cosas?		
16	¿Asistes con frecuencia a un grupo religioso o ideológico habitualmente?		

CALIFICACIÓN:

<p>1 al 11 () + 12 al 16 () = _____ Dx: _____</p>

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en una investigación cuyo objetivo es establecer la relación entre funcionamiento familiar y riesgo suicida de los estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.

Para lograr dicho objetivo, usted tendrá una entrevista con el investigador Ps. Julia Esther Rios Pinto y contestará la Prueba de Faces III y la Escala de Tendencias Suicidas de Poldinger; lo que tomará alrededor de 45 minutos (tiempo que se estima dure la aplicación de los instrumentos aproximadamente).

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de los de ésta investigación. Sus respuestas a la entrevista y al cuestionario serán codificadas para mantener el anonimato, y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio.

No existen riesgos aparentes para usted al participar en este estudio, y si no le agrada anda del mismo puede abandonarlo en cualquier momento sin que esto acarree perjuicio alguno. Tiene derecho de hacer cualquier pregunta al respecto al investigador y también la posibilidad, si así lo desea, de conocer los resultados personales de los instrumentos de evaluación.

Con su participación, usted contribuirá a incrementar el conocimiento acerca del tema en estudio.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación cuyo propósito y demás condiciones indicadas líneas arriba me han sido debidamente explicados.

-----	-----	-----
Nombre	Firma	Fecha


ANEXO 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES QUE ACUDEN A CLÍNICA UNIVERSITARIA EN LA CIUDAD DE HUANCAYO

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS GENERALES	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLE	METODOLOGÍA
¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida en estudiantes ingresantes universitarios entre 16-24 años que acuden a Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los	Establecer la relación entre funcionamiento familiar y riesgo suicida de los estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.	<p>H1 Existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida en estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I</p> <p>H0 No existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida en estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.</p>	<p>Variables de Estudio:</p> <p>V1 Funcionamiento familiar:</p> <p>Cohesión familiar:</p> <p>Desligada</p> <p>Separada</p> <p>Conectada</p> <p>Amalgamada</p> <p>Adaptabilidad familiar:</p> <p>Rígida</p> <p>Estructura</p> <p>Flexible</p> <p>Caótica</p>	<p>Tipo de estudio: descriptivo - correlacional</p> <p>Diseño: No experimental de tipo transversal</p> <p>Diseño:</p> <p>$X_1 \quad \textcircled{r} \quad Y_1$</p>

<p>Andes (UPLA) de la ciudad de Huancayo 2012-I?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el tipo de cohesión familiar que predomina en los estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I. • Determinar el tipo de adaptabilidad familiar que predomina en los estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I. • Establecer el tipo de familia que predomina en los estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la 	<p>HIPOTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>H1 Existe diferencias en los tipos de cohesión familiar en los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.</p> <p>H0 No existe diferencias en los tipos de cohesión familiar en los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.</p> <p>H2 Existe diferencias en los tipos de adaptabilidad familiar de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.</p> <p>H0 No existe diferencias en los tipos de adaptabilidad familiar de los estudiantes</p>	<p>Tipos de sistema familiar:</p> <p>Balanceada:</p> <p>Rango medio</p> <p>Extremo</p> <p>V2 Riesgo suicida:</p> <p>No riesgo suicida</p> <p>Tendencia al riesgo suicida</p> <p>Riesgo suicida</p> <p>Variable de control:</p> <p>Sexo:</p> <p>femenino y masculino</p> <p>Edad:</p> <p>16-19 (adolescentes) y</p>	<p>Dónde:</p> <p>X = funcionamiento familiar</p> <p>Y = riesgo suicida</p> <p> = relación existente (estadístico Chi – cuadrado)</p> <p>SPSS versión 20</p> <p>Población y muestra:</p> <p>La población, comprende a estudiantes ingresantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina, que acudieron a la clínica universitaria de la UPLA en el proceso de</p>
--	---	---	--	---

	<p>Universidad Peruana Los Andes 2012-I.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el riesgo suicida en los estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I. • Describir y comparar el tipo de funcionamiento familiar con el riesgo suicida en los estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I. 	<p>ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.</p> <p>H3 Existe diferencias en los tipos de familia de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.</p> <p>H0 No existen diferencias en los tipos de familia de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.</p> <p>H4 Existe diferencias con respecto al riesgo suicida de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.</p>	<p>20-24 (jóvenes)</p> <p>Estado civil:</p> <p>Solteros</p> <p>Convivientes</p> <p>Casados</p> <p>Estudiantes ingresante de la Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina, semestre académico 2012-I.</p> <p>Nivel económico:</p> <p>Alto</p> <p>Medio</p> <p>Bajo</p>	<p>Admisión 2012-I, cuya población objetivo atendida fue de 774 estudiantes, a los cuales se le realizó evaluación psicológica, entre edades fluctuantes de 16 – 24, de ambos sexos, que viven en la provincia de Huancayo y alrededores.</p> <p>Muestra: Se trata de 216 estudiantes universitarios, del I ciclo de las diversas carreras profesionales entre ellas de la Facultad de Ciencias</p>
--	--	---	---	---

		<p>H0 No existen diferencias con respecto al riesgo suicida de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.</p> <p>H5 Existe diferencias entre funcionamiento familiar con el riesgo suicida de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.</p> <p>H0 No existen diferencias entre funcionamiento familiar con el riesgo suicida de los estudiantes ingresantes que acuden a la clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes 2012-I.</p>	<p>Vive con:</p> <p>Familia</p> <p>Algunos miembros, con pareja, y solo (a)</p>	<p>de la Salud y Medicina, entre los 16-19 y 20-24 años de edad, de ambos sexos. A los cuales se les aplicó la escala de tendencia suicida y la prueba de Faces III.</p>
--	--	--	---	--